

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E A PESSOA  
EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
Do socorro pré-hospitalar ao hospital**

**Sofia Alexandra da Silva Pinheiro**

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de São José de  
Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica**

**Funchal,**

**2017**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E A PESSOA  
EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
Do socorro pré-hospitalar ao hospital**

**Sofia Alexandra da Silva Pinheiro**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Luísa Santos**

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de São José de  
Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica**

**Funchal,  
2017**



## **EPÍGRAFE**

*Quando se viaja em direção a um objetivo,  
é muito importante prestar atenção ao caminho.  
O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira  
de chegar e nos enriquece, enquanto o cruzamos.*

Paulo Coelho



## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores, em especial à Professora Doutora Luísa Santos, pela disponibilidade, orientação cuidada, partilha de saberes e dedicação dispensada à realização deste relatório,

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pela oportunidade de desenvolvimento formativo,

Aos Enfermeiros Tutores, pela disponibilidade, dedicação, empenho e momentos de reflexão partilhados,

Às equipas multidisciplinares de cada campo de estágio, pelo acolhimento, oportunidades de aprendizagem proporcionadas e saberes transmitidos,

A todos os que me são mais queridos e que me acompanharam durante esta fase, pela amizade, força e motivação ao longo deste percurso,

À minha família pela compreensão, ajuda e palavras de incentivo constante nesta etapa da minha vida,

E, por último, aos meus pais, por serem os pilares do meu ser, pelo apoio e amor incondicional.

A todos, Muito Obrigada!





## RESUMO

A construção do saber em Enfermagem Médico-Cirúrgica, advém de uma evolução profissional e pessoal contínua, centrada na prática refletida e fundamentada, inerente ao processo de cuidar a pessoa e família em situação crítica, em diferentes contextos de atuação.

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Este documento surge para descrever o percurso de aprendizagem, efetuado ao longo da componente teórica e clínica do curso, em particular, nos estágios I, II e III realizados, respetivamente, no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dr. Nélio Mendonça e no Instituto Nacional de Emergência Médica da Delegação Regional do Centro, que permitiu o desenvolvimento de competências especializadas, comuns e específicas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A sua estrutura organizacional é suportada numa metodologia descritiva. O relato crítico-reflexivo e analítico enfatiza a capacidade de avaliação, diagnóstico e intervenção no cuidar de enfermagem à pessoa e família em situações complexas de vida, alicerçada numa prática reflexiva baseada na evidência científica, desde o socorro pré-hospitalar ao hospital.

Como resultado de aprendizagem, o relatório mostra um distinto olhar sobre o cuidado da pessoa e família em situação crítica, revelando um nível de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas diferenciadas.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Especialista, Competências, Pessoa em Situação Crítica, Cuidados de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The development and increase in medical-surgical nursing knowledge stems from a continuous professional and personal evolution centered on a reflected and substantiated practice inherent to the process of caring for the person in critical condition and family, in the various contexts of interaction.

The present report surges within the scope of the curricular unit report of the master course in medical-surgical nursing, on the nursing school of São José de Cluny. The purpose of this document is to elucidate the course of learning, acquired along the theoretical and clinical components of the course, in particular, the I, II and III internships, carried out, respectively, in the Emergency Department of the Hospital and University Center of Coimbra, in the unit of Intensive Care of the Hospital Dr. Nélcio Mendonça and at the National Institute of Medical Emergency of the Regional Delegation of the Center, that permitted the development of specialized skills, common and specific, in Medical-Surgical Nursing.

Its organizational structure is supported in a descriptive. The critical-reflexive and analytical report emphasizes the capacity to evaluate, diagnose and intervene in the nursing care to the person in complex situations and family, supported on a reflexive practice based on scientific evidence, since pre-hospital relief to hospital.

As a result of learning, the report shows a distinct look about the care of the person in critical condition and family, revealing a differentiated level of scientific, technical, ethical-deontological and human competences.

**Keywords:** Nurse, Specialist, Skills, Person in Critical Condition, Nursing Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHUC, E.P.E. – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Entidade Pública Empresarial

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRC – Delegação Regional do Centro

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECTS – Sistema Europeu de Transferência de Créditos

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPH – Emergência Pré-Hospitalar

GPT – Grupo Português de Triagem

HUC – Hospital da Universidade de Coimbra

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA – *Methicillin - Resistant Staphylococcus Aureus*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. RUMO A UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO SOCORRO PRÉ-HOSPITALAR AO HOSPITAL.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Do cuidado à pessoa em situação crítica – a importância do contexto .....</b>	<b>24</b>
1.1.1. A gestão da dor.....	59
1.1.2. A comunicação interpessoal e a relação terapêutica .....	64
1.1.3. A família como foco de cuidados.....	69
<b>1.2. Os desafios da enfermagem em situação de catástrofe e emergência multivítima</b>	<b>72</b>
<b>1.3. O impacto da prevenção e controlo da infeção no cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica .....</b>	<b>78</b>
<b>1.4. Da aprendizagem refletida ao desenvolvimento profissional .....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>89</b>



## INTRODUÇÃO

A essência da profissão de Enfermagem assenta no cuidado holístico e integral ao ser humano e sua família, alicerçado na investigação científica para o diagnóstico, planeamento e implementação de ações, direcionando o enfermeiro para o horizonte dos cuidados de excelência, com vista à melhoria contínua da qualidade da sua prática clínica.

A elaboração do presente relatório surge no âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, o qual, foi estruturado em três semestres de acordo com o plano de estudos publicado no Despacho n.º 8046/2015, em Diário da República, 2.ª série, n.º 141 de 22 de julho de 2015, correspondendo a um total de 90 ECTS (Sistema Europeu de Transferência de Créditos).

O Enfermeiro Especialista revela um conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, atendendo às respostas humanas decorrentes dos processos de vida e problemas de saúde, que necessitam de elevados e distintos níveis de julgamento clínico e de decisão, refletidos num conjunto de competências especializadas inerentes a um determinado campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a).

Este trabalho reflete o caminho percorrido ao longo da aprendizagem pessoal e profissional realizada e demonstra todo o processo desenvolvido para a aquisição de competências especializadas, comuns e específicas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Deste modo, foi contemplada, a componente curricular de ensino clínico, que integrou três estágios práticos I, II, III e englobou um conjunto de competências desenvolvidas e resultados de aprendizagem alcançados em cada estágio, decorrentes da assistência de enfermagem à pessoa e família em situação crítica a vivenciar processos complexos de saúde/doença e/ou falência orgânica. Neste sentido, o estágio I foi realizado no Serviço de Urgência (SU), o estágio II na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e, por último, o estágio III – Opção, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Os estágios clínicos constituem oportunidades de aprendizagem privilegiadas e únicas de contacto com novas realidades de intervenção, que contribuem para o desenvolvimento de saberes, mobilização e integração de conhecimentos através da reflexão na ação e sobre ação, suportada em evidência científica e decorrente das atividades realizadas ao nível da conceção de cuidados, nas várias áreas de atuação, potenciando desta forma o aprofundamento da consciência crítica e o aperfeiçoamento do

cuidar especializado, rumo à aquisição de competências de 2.º ciclo em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A concretização dos estágios em diversos campos formativos, permitiu-me experienciar diferentes aprendizagens clínicas, aliando-as a momentos de reflexão e análise crítica.

A ordem pela qual se realizaram os estágios, foi delineada de acordo com a minha disponibilidade pessoal e profissional. Por esta razão, primeiramente, foi realizado o estágio II, seguindo-se o estágio I e, por último, o estágio III. A seleção dos locais para realização de cada estágio, foi considerada consoante os objetivos individuais de aprendizagem. Em cada contexto clínico, os estágios decorreram sob a tutoria de um Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e a orientação de uma professora designada pela escola.

O estágio I, foi realizado no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC, E.P.E.), no período compreendido entre 03 a 28 de outubro de 2016 e completou, (tal como o estágio II), um total de 250 horas: 140 horas de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante, correspondentes, a 10 ECTS. O motivo da escolha deste Hospital deveu-se ao facto de ter um serviço de urgência/emergência, onde são prestados cuidados altamente diferenciados à pessoa e família, em situação crítica e por ser um Hospital Central ou de fim de linha, abrangendo a totalidade da Região Centro, constituindo uma referência de excelência nacional e internacional ao nível de especialidades e técnicas em várias áreas da prestação de cuidados, reunindo inúmeras valências médico-cirúrgicas, bem como, no contexto da formação, ensino e investigação (CHUC, E.P.E., 2016).

O SU é uma área personalizada, multidimensional e bastante diversificada, onde se incluem cuidados ao doente que vão desde a prevenção de traumatismos e controlo da doença às medidas de reanimação cardiopulmonar. A este nível, pode dizer-se que o enfermeiro de urgência na sua prática clínica diária, precisa constantemente de capacidade científico-analítica, durante a recolha de dados do doente crítico e de discernimento na tomada de decisões, ao mesmo tempo, que reflete de forma crítica (Eggleston, 2003).

O estágio II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, no período de 02 de maio a 06 de junho de 2016. Esta escolha surgiu, por ser uma unidade de referência no cuidar da pessoa em contexto de cuidados intensivos. A prestação de cuidados ao doente crítico em ambiente de cuidados



intensivos, constitui um enorme desafio a cada minuto, alicerçado na perspicácia e conhecimento contínuo, inerente a este contexto especial de cuidados, de forma a garantir a excelência dos cuidados prestados pelo enfermeiro (Silva & Lage, 2010).

O estágio III – Opção, incidiu na Emergência Pré-hospitalar (EPH) e decorreu nos diferentes meios do INEM da Delegação Regional do Centro (DRC), no período entre 30 de outubro a 08 de dezembro de 2016, comportando um total 375 horas: 210 horas de contacto (198 horas de estágio e 12 horas de orientação tutorial) e 165 horas de tempo individual do estudante, equivalentes a 15 ECTS. Os meios do INEM selecionados para este estágio compreenderam três contextos distintos de aprendizagem, designadamente, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) de Coimbra, num total de 8 horas, a ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Hospital Distrital de Águeda, referente ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., num total de 40 horas e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital da Universidade de Coimbra (HUC), pertencente ao CHUC, E.P.E., que comportou um total de 150 horas. Estes meios de socorro pré-hospitalar foram eleitos tendo em consideração a casuística de acionamentos diários e com o intuito de conhecer diversas realidades de ativações para ocorrências em várias áreas de atuação geográfica.

A preferência pela realização do estágio de Opção no INEM, baseou-se no facto de possibilitar o desenvolvimento de saberes e conhecimentos teórico-práticos nesta área e adquirir competências específicas. Neste sentido, propus-me a vivenciar a experiência de prestar cuidados à pessoa em situação de doença súbita e/ou acidental e família em meio pré-hospitalar, de modo a complementar o meu percurso de formação académica, profissional e pessoal. Assim, a aprendizagem experiencial e o conhecimento obtido neste contexto, permitiu-me abranger a totalidade de cuidados prestados pelo enfermeiro a este tipo de doentes e família, desde o seu socorro em ambiente pré-hospitalar até à admissão no meio intra-hospitalar, mais especificamente, no SU, bem como, acompanhar a continuidade desses mesmos cuidados pelo seu, subsequente, internamento na UCI.

O ambiente pré-hospitalar é caracterizado por inúmeras intervenções em enfermagem de especificidades próprias, englobando uma multiplicidade de patologias e uma diversidade de espaços de trabalho inerentes ao cuidar da pessoa e família em situação emergente. O enfermeiro especialista que atua na EPH integra todos os meios do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e desempenha um papel essencial ao responder prontamente através de um raciocínio célere, assertivo e ético, envolto numa relação de

ajuda, humanística e um sentido de altruísmo intrínseco, enfatizado pela realização de procedimentos salva-vidas a toda a comunidade, para que o benefício da sua intervenção clínica precoce, em conjunto com a equipa multidisciplinar, garanta uma prática de excelência, de acordo com a evidência nesta área.

Os objetivos primordiais deste trabalho consistem em expor de forma sucinta e organizada, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências provenientes da intervenção especializada à pessoa e família/pessoas significativas a vivenciar processos complexos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, através do relato crítico-reflexivo e analítico das atividades desenvolvidas em cada contexto formativo, de modo a obter reconhecimento científico e académico do saber especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que este me habilite para a defesa pública do grau de mestre na mesma área.

A estrutura organizacional deste documento assenta numa metodologia descritiva, com recurso a pesquisa fundamentada em bases de dados como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Repositório Aberto da Universidade do Porto, Google académico, e em manuais e revistas científicas. O presente trabalho é constituído por três partes. A primeira parte corresponde à introdução. Na segunda parte é sistematizado ao longo do primeiro ponto um enquadramento teórico-conceitual sobre o percurso de desenvolvimento de competências do socorro pré-hospitalar ao hospital, bem como, uma descrição e reflexão das atividades desenvolvidas nos três campos de estágio de acordo com as competências comuns e específicas. Sendo assim, este primeiro ponto subdividido em quatro subpontos, aborda o cuidado especializado à pessoa em situação crítica, considerando a gestão de protocolos terapêuticos complexos, a dor, a comunicação interpessoal e relação terapêutica, a assistência à pessoa e família, atendendo às suas perturbações emocionais, bem como, os desafios da enfermagem em situação de catástrofe e emergência multivítima, a prevenção do controlo da infeção e, termina, com uma breve reflexão sobre as competências de 2.º ciclo adquiridas durante a caminhada de aprendizagem e desenvolvimento profissional. No seu decurso é também efetuada uma alusão aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão, qualidade de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Por fim, a terceira parte engloba uma sucinta conclusão, seguida das referências bibliográficas.

## **1. RUMO A UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO SOCORRO PRÉ-HOSPITALAR AO HOSPITAL**

A Enfermagem, enquanto profissão, dirige o foco da sua prática para as interações humanas, onde cada pessoa é singular, única e indivisível. Atualmente assiste-se a alterações nos diferentes locais da prática clínica, devido aos progressos tecnológicos que induzem ao desenvolvimento das técnicas, em paralelo com a valorização do fator humano. Os cuidados de enfermagem cada vez mais profissionalizados, a especificidade do saber e a capacidade de intervenção face aos desafios dos modelos de gestão, colocam o conceito de competência no âmago das novas lógicas organizacionais (Serrano, Costa & Costa, 2011).

A complexidade de respostas de intervenção em enfermagem perante situações-problema de saúde/doença, inseridas num cuidar para além da pessoa apenas como um corpo físico, impelem e exigem cada vez mais capacidades, conhecimentos e competências dos profissionais. Estes, por sua vez, podem ser definidos como atores dinâmicos num processo de mudança inerente ao teatro dos diversos contextos clínicos, cujo imperativo da prática incita ao desenvolvimento contínuo de competências (Serrano et al., 2011), cimentadas pelo saber e aprendizagem provenientes da experiência clínica, qualidade dos cuidados prestados, formação contínua e evolução profissional e pessoal.

O conceito de competência pode ser definido, como a capacidade de um profissional saber agir, mobilizar, integrar e associar os conhecimentos, aptidões, habilidades e atitudes, com pertinência numa determinada situação decorrente do contexto da sua prestação de cuidados (Sade, Peres & Wolff, 2014; Le Boterf, 2006).

As competências comuns são partilhadas pelos enfermeiros especialistas, independentemente, do âmbito da sua especialidade e demonstradas por um elevado conjunto de conhecimentos e de capacidades de conceção, gestão e supervisão de cuidados, sendo ainda sustentado o seu exercício profissional, por um saber especializado na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2010a).

As competências específicas resultam das “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2010a, p. 3).

Neste âmbito, uma enfermeira com competência, (Phaneuf, 2005), detém capacidade de discernimento em situações críticas, altamente complexas, através de uma apreensão imediata da origem da complicação, com a rapidez intrínseca ao processo de tomada de decisão e que enfatiza o gesto traduzido na eficácia da sua ação. A autora supracitada realça ainda que as habilidades e aptidões que a enfermeira aplica no decurso da prática e que afirmam as suas competências, derivam das qualidades e atitudes pessoais, da aquisição de conhecimentos científicos, da prática de cuidados e experiência de vida individual. Corroborando, Fernandes (2004) afirma que a competência para agir é algo que se desenvolve no profissional durante o contacto estabelecido com o mundo do trabalho, através da sua motivação e interesse subjacente, possibilitando-lhe comprovar nas suas ações, que se encontra bem adaptado a essa prática clínica.

A prática, definida por Honoré (2004), corresponde a uma “atividade situada num contexto, datada numa história, dinamizada por energias, organizada e controlada segundo certas regras em função de certos princípios e valorizada pela maneira como é agida ou pela utilidade e a qualidade daquilo que produz” (p. 199).

A este nível, evencia-se que a prática de cuidados de enfermagem corresponde à atenção particular concedida pelo enfermeiro à pessoa, família ou a um determinado grupo de pessoas, com o objetivo de os assistir na sua situação específica, tendo que para isso recorrer às suas competências, habilidades e qualidades, que o distingue como profissional de enfermagem. Nesta ótica, os cuidados de enfermagem inserem-se numa ação interpessoal e dizem respeito a tudo aquilo que o enfermeiro realiza, de acordo com as suas competências, de modo a prestar cuidados às pessoas (Hesbeen, 2000).

Assim, as práticas são desenvolvidas por uma aprendizagem decorrente da experiência e pela sua transmissão para os vários contextos de cuidados. Deste modo, as mesmas, não podem ser apenas estanques e objetivas mas têm que ser moldadas, adaptadas e progredirem, transformando-se em novas formas provenientes de interações particulares nos contextos reais e específicos. Neste sentido, a prática estando integrada num todo, demanda que o profissional desenvolva as suas qualidades, talentos, criatividade, habilidades e conhecimentos, de forma a dar o seu contributo a essa própria prática (Benner, 2001). Para além disto, Hesbeen (2001), refere que uma prática de cuidados, com qualidade e excelência é aquela que faz sentido para a pessoa doente, de acordo com a sua situação e tem como propósito que ela e todos os que a rodeiam consigam alcançar a saúde, devendo ainda centrar-se no respeito e na atenção personalizada a cada pessoa.

Nesta perspectiva, importa ainda destacar, que para a definição de uma boa prática de cuidados em enfermagem, como referencial de excelência e qualidade da profissão é essencial aludir aos princípios humanistas que apelam ao respeito pelos valores, crenças, escolhas, igualdade, dignidade da pessoa e família, assim como, a todos os demais referidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Nesta medida, os profissionais que atuam na prestação de cuidados de enfermagem devem estar cientes que “bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes” (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008, p. 9).

O exercício profissional com vista ao constante desenvolvimento de competências requer uma formação consistente na vertente ética, técnico-científica e humanista, possibilitando ao enfermeiro intervir nos diversos contextos de prestação de cuidados avassalados pela incidência de novas doenças, envelhecimento, avanços tecnológicos e científicos, inconstância das políticas de gestão e pela complexidade do processo de cuidar (Rua, 2011). Deste modo, como competências comuns descritas pela OE (2010a), o enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 3).

Neste seguimento, a profissão de Enfermagem tendo um conjunto de normas e valores próprios com uma finalidade moral, demanda que ao longo do processo de cuidar, o enfermeiro oriente a sua atividade profissional através de uma ética profissional (Nunes, 2008b). Nesta linha de pensamento, é determinado no artigo 78.º, do CDE, que todas as práticas de enfermagem devem ser realizadas atendendo à preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa, enquanto ser humano e do próprio enfermeiro. Neste âmbito, são exemplos de valores universais a presenciar na relação profissional: a igualdade, a liberdade responsável de escolha, considerando o bem comum, a verdade, a justiça, o altruísmo, a competência, a solidariedade e tendo como princípios dirigentes do exercício profissional do enfermeiro, a responsabilidade do papel assumido diante a sociedade pela vida do outro em todas as suas dimensões, como um ser individual, o respeito pelos direitos humanos dos utentes durante a prestação de cuidados, bem como, uma prática aprimorada e de excelência, na sua globalidade, com cada ser cuidado e restantes profissionais (OE, 2015a). Assim, torna-se essencial realçar, que a ética é indispensável para a formação e o desenvolvimento de competências do enfermeiro,

norteando a sua intervenção para um agir com qualidade, baseado no respeito e na defesa dos direitos de cada pessoa como foco do seu cuidado. Desta forma, considero que ao longo dos três estágios a minha prestação de cuidados possuiu como referencial de orientação, o cumprimento dos princípios éticos, legais e deontológicos, enquanto enfermeira e pessoa responsável, bem como, atendeu aos direitos humanos e direitos do doente, definidos pela OE (2015b) no Estatuto dos Enfermeiros e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e ainda no CDE (OE, 2015a).

De encontro a este assunto é de denotar, segundo o artigo 1.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” e ainda nesta ótica, Nunes (2008b), afirma que o enfermeiro sendo um profissional do cuidado, que se distingue pela sua formação, experiência e respeito integral à pessoa numa perspetiva multicultural e humanista, orienta a sua atividade pelo princípio do respeito pelos direitos humanos, suportados na relação terapêutica e interpessoal estabelecida com a pessoa e a família ao seu cuidado.

Nesta sequência, é de realçar, que a excelência profissional do cuidar antes de ser uma exigência de cariz deontológico detém primeiramente uma intenção ética. A personalização do cuidado emerge com um traço universal da qualidade dos cuidados de enfermagem e é suplantada pela capacidade científica, técnica e pela relação interpessoal. O enfermeiro deve agir com vista a uma prestação de cuidados equitativa, de excelência, refletida na melhoria dos cuidados por si prestados e na qualidade de vida da pessoa de quem cuida, rumo ao seu desenvolvimento pessoal e profissional (Nunes, 2008b).

Uma prática centrada em cuidados holísticos à pessoa em situação crítica e família em diferentes contextos clínicos, implica que o enfermeiro mantenha a atualização contínua de conhecimentos e a formação constante, conforme consagra a Deontologia Profissional de Enfermagem, artigo 88.º, correlativo à excelência do exercício (OE, 2015a). Neste sentido, o aperfeiçoamento profissional além de permitir a atualização de conhecimentos para o cumprimento do dever de zelar é um caminho para a construção de competências. O desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro passa pela sua autoformação, formação contínua e avaliação do desempenho. De um outro modo, a aprendizagem deve ser realizada ao longo da existência e centrada na atualização constante como motor para o desenvolvimento profissional (OE, 2015a).

Neste seguimento, o processo de autonomização da enfermagem advém do aprimoramento do nível de formação do enfermeiro e da sua competência para afirmar a

prática, com conhecimento teórico avançado e diferenciado, na área da sua prestação de cuidados (Veiga, 2006). Reunir a formação e a investigação-ação na prática do cuidar em enfermagem é ter consciência crítica e refletir sobre os cuidados realizados, de acordo com valores, atitudes e estabelecendo coerências entre as bases teóricas e a prática (Pereira, 2016).

Além disso, a capacidade que o enfermeiro tem para saber mobilizar os conhecimentos no local de prestação de cuidados é potenciada pela formação de origem, pelas práticas clínicas e aperfeiçoa-se ao longo do seu exercício profissional, associada à complexidade dos contextos, à instabilidade e imprevisibilidade das situações clínicas. Neste âmbito, o desenvolvimento de competências ao nível profissional implica um envolvimento efetivo do enfermeiro, esperando-se que o mesmo desenvolva iniciativas, seja capaz de fazer propostas, de agir com pertinência e utilize o seu saber e conhecimento numa determinada área, sendo fundamental para o progredir das suas atividades profissionais, não se cingindo apenas a um simples executor de tarefas. Assim, o desenvolvimento profissional abrange a valorização profissional, a melhoria contínua da qualidade e a formação constante ao longo da profissão (Rua, 2011).

Nesta medida, a formação e a atualização de saberes podem ser obtidos com o curso de mestrado, que permite ao enfermeiro o contacto com o conhecimento, de forma a melhorar o seu desempenho profissional em prol de um benefício maior para a sociedade em que se insere e impulsiona-o a desenvolver competências no campo da investigação (Drennan & Clarke, 2009), contribuindo para o aumento do espírito crítico-reflexivo e analítico inerente a uma prática do cuidar sustentada na evidência científica.

Sobre este assunto, importa ressaltar, que na formação pós-graduada, (Abreu, 2003), a aprendizagem em contexto clínico é um processo contínuo de produção de conhecimento sustentado na experiência e, no qual, é necessário existirem momentos de observação, reflexão, análise, debate e reorganização teórico-conceptual, para que estes possam contribuir para a evolução constante do enfermeiro, tornando-o mais completo, íntegro, autónomo e com um potencial de saberes técnico-científicos, que definam um desenvolvimento profissional cada vez mais especializado, garantindo uma prática do cuidar personalizada, de cariz holístico e com qualidade, independentemente, do local onde desenvolva a sua atividade. O ensino clínico onde se realiza a aprendizagem permite ao aluno em formação, adquirir um conjunto de conhecimentos e uma compreensão global e consistente sobre uma determinada experiência concreta. O saber obtido nesse contexto

específico é depois solidificado, refletido, analisado e transportado pelo aluno para outros contextos clínicos.

Sendo assim, a formação contínua permite obter novos conhecimentos e o domínio de determinadas técnicas e procedimentos, no entanto, o seu objetivo principal consiste em dotar o profissional de uma maior capacidade de compreensão com base na aprendizagem experiencial, enriquecendo-a, conceptualizando-a e proporcionando-lhe encontrar espaços de liberdade para desenvolver uma prática mais aprimorada, com sentido e refletida (Hesbeen, 2001). De uma outra forma, Honoré (2004) destaca que “sem cuidado e sem formação, não há existência possível” (p. 185). Neste sentido, reconheço que o percurso de formação desenvolvido durante este curso de mestrado, teve como objetivo essencial a aquisição de competências promotoras de maior enriquecimento pessoal e profissional, refletidas no aperfeiçoamento da prática do cuidar numa perspetiva avançada, provida de qualidade e excelência, tendo como foco de intervenção a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e sua família.

Ao longo deste percurso de aquisição de competências especializadas, atendi ainda aos descritores de Dublin, estabelecidos no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, no que concerne ao desenvolvimento de competências de 2.º ciclo em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Neste contexto, saliento, entre as demais, que a formação contínua e a autoformação são determinantes para que o enfermeiro especialista, enquanto mestre, evidencie um nível aprofundado de saberes neste campo de ação. Estas competências são também importantes na medida em que ajudam o enfermeiro a mobilizar, integrar e aplicar novos conhecimentos na experiência prática e a demonstrar capacidade em lidar com questões complexas segundo uma perspetiva académica e profissional avançada. Para além disto, essas competências permitem-lhe desenvolver a tomada de decisão, capacidade de compreensão e de resolução de problemas perante situações novas e imprevisíveis, considerando as evidências e responsabilidades éticas e sociais, em contextos alargados e multidisciplinares, de forma a promover uma maior autonomia na sua área de atuação.

A aquisição de um nível aprofundado de conhecimentos possibilita ao enfermeiro especialista o desenvolvimento de competências para uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de uma forma autónoma, auto-orientada e suportada pela reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação decorrente da sua *práxis* clínica. A comunicação é também uma habilidade do mestre no sentido de saber comunicar as suas conclusões, bem como, os seus raciocínios e conhecimentos a especialistas ou a não especialistas, de forma clara e



sem ambiguidades, ao mesmo tempo, que lhe permite transmitir os seus saberes para uma prática do cuidar mais aprimorada, que vise a promoção da saúde, a satisfação dos doentes e o desenvolvimento de oportunidades de melhoria de atuação no seio da equipa de enfermagem e em diversos contextos. Deste modo, no decurso dos estágios, procurei detetar oportunidades de melhoria pessoal e profissional, adotando um papel dinâmico, como aluna, promovendo diálogos e reflexões contínuas de partilha sobre as experiências da prática, com a equipa de enfermagem, que proporcionassem uma atuação e atitude assertiva em cada contextos de cuidados.

Nesta medida, para um cuidado integral provido de competências técnico-científicas, ético-deontológicas e humanas diferenciadas, o enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos teórico-práticos, que segundo o Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro em Pessoa em Situação Crítica se inserem na esfera do cuidado à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, assim como, na dinamização de respostas em situações de catástrofe ou emergência multivítima e na maximização da sua intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2010b). Para além disto, o enfermeiro especialista deve aperfeiçoar continuamente a atividade do cuidar no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão e qualidade dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a).

No âmbito do cuidar da pessoa e família em situação urgente/emergente, uma das áreas de intervenção do EEEMC consiste no socorro pré-hospitalar que é essencialmente afirmado pela prestação dos primeiros cuidados à pessoa vítima de doença súbita ou accidental, sendo de vital importância para a sobrevivência e manutenção dos seus parâmetros vitais.

Neste seguimento, as três principais áreas de intervenção do enfermeiro em contexto de emergência, caracterizam-se pelo socorro imediato realizado no local da ocorrência, pelos cuidados prestados continuamente ao longo do transporte e pelo complemento e manutenção desses cuidados com vista ao tratamento definitivo no SU, de uma Unidade de Saúde apropriada ao estado clínico do doente. Deste modo, é necessário existir um SIEM que pressupõe um conjunto de entidades, de recursos humanos e materiais, atividades e procedimentos coordenados e organizados entre si, de forma a prestar uma assistência rápida, eficaz e eficiente à vítima a vivenciar uma situação com

risco iminente de vida. O Hospital é o local, onde após a receção e o acolhimento do doente em estado crítico, se continuam a garantir cuidados diferenciados ao mesmo (Batuca, Coelho & Moreira, 2003).

Os quatro subpontos seguintes apresentam o percurso de aquisição de competências especializadas, comuns e específicas, bem como, de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do socorro pré-hospitalar ao hospital e que teve como resultado o desenvolvimento de conhecimentos e saberes para o cuidar da pessoa e família em situação crítica.

Desta forma, irei expor um manancial de conhecimentos e relatos de experiências provenientes das etapas de aprendizagem teórico-práticas do curso de mestrado realizado, recorrendo a memórias de ação refletidas, analisadas e alicerçadas em conhecimento científico, inerente aos contextos formativos. Apesar de ter iniciado a componente prática pelo estágio II, ao qual, se seguiu o estágio I e, por fim, o estágio III e porque a assistência à pessoa em situação crítica, geralmente, segue uma ordem natural de evolução quanto à efetivação do seu processo de atendimento, que ocorre do meio extra-hospitalar para o meio intra-hospitalar, ao longo deste relatório os factos serão relatados, em primeiro lugar, pelo socorro prestado em ambiente pré-hospitalar (estágio III) à pessoa em situação crítica e família e/ou cuidador/pessoas significativas, em segundo lugar, pelo seu acolhimento e atendimento sucedido no SU (estágio I) e, em último, com vista ao tratamento definitivo, a sua passagem poderá ocorrer por uma unidade de cuidados diferenciados, tal como, a UCI (estágio II). Sendo estas, concomitantemente, áreas com um enorme predomínio de doentes em estado crítico, tornou-se imprescindível conhecê-las de forma a adquirir a mestria de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

### **1.1. Do cuidado à pessoa em situação crítica – a importância do contexto**

A Enfermagem sendo uma disciplina no campo de ação da ciência e que privilegia o cuidado humano considerando a sua individualidade e complexidade inerentes, tem o dever de contribuir constantemente para a produção de saberes e conhecimentos, capazes de suportar as ações de cuidado de uma forma cultural e moralmente congruente, afável e com competência técnica, contribuindo assim para a preservação da vida em plenitude, nas mais diversificadas situações do processo de viver humano (Pires, 2009).

Nesta sequência, a essência do cuidar é transversal a toda a história da Enfermagem e à construção do seu processo de profissionalização (Veiga, 2006). Cuidar,

consiste em “manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (Collière, 1999, p. 29). Por outras palavras, “cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social” (Collière, 1999, p. 15). Assim, pode dizer-se que, o cuidado é um processo vital à sobrevivência de todo o ser humano.

De acordo com Honoré (2013), existe um humanismo humanizante no cerne do cuidar. Este autor menciona ainda que numa perspetiva mais avançada, o cuidado à pessoa, reporta-se a um nível global e multidimensional: corpo-físico, psíquico (intelectual, emocional e afetivo), sócio-cultural e espiritual.

O processo de cuidar e a sua especificidade própria, impulsionam o profissional de enfermagem a desenvolver as suas capacidades, aptidões e conhecimentos, de forma a responder prontamente à singularidade do ato de cuidar, nas diferentes áreas de atuação. Deste modo, torna-se imperioso que um profissional com autonomia e independência no exercício da sua atividade, em contextos distintos, resolva situações de grande indefinição ou se adapte a outras que contenham elevados níveis de imprevisibilidade (Serrano, 2008), como são exemplos, os contextos da prática onde predominam a pessoa em situação crítica e que segundo a OE (2010b) é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 1).

O conceito de cuidar implica ainda ser cuidadoso com a pessoa que é cuidada, no momento do acolhimento, na abordagem inicial realizada, na atenção dispensada, na preocupação incessante em manter o seu bem-estar e, essencialmente, na satisfação das suas necessidades (Honoré, 2004), que no caso particular da pessoa em situação crítica, pela natureza do seu estado de saúde/doença urgente/emergente ou condição de grande instabilidade e/ou risco de falência orgânica, o cuidar assume uma dimensão de vital importância para a sua sobrevivência, com o objetivo de garantir a manutenção de uma ou mais funções vitais e atender ao despiste de possíveis complicações.

A este propósito, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, para além de serem altamente qualificados, exigem do enfermeiro um processo contínuo de observação, colheita e procura de dados realizados de uma forma sistemática e sistematizada no sentido de conhecer, prever e detetar possíveis complicações, resultantes da situação vivenciada pela pessoa como alvo de cuidados e, concomitantemente, permitem assegurar e garantir uma atuação precisa, eficiente e atempada (OE, 2010b).

De um jeito concludente, é de denotar que em torno das características de globalidade e singularidade inerentes ao processo de cuidar em enfermagem a pessoa e família em situação crítica e sendo esta uma intervenção autónoma da profissão, o enfermeiro tem o dever de atuar privilegiando a responsabilidade ética, legal, jurídica e atender aos princípios universais de respeito pela individualidade, dignidade, intimidade, direitos, deveres e valores humanos para com a pessoa, a família e profissão de Enfermagem. Neste âmbito, interessa ainda mencionar que o enfermeiro deve acolher e envolver a família e o utente no desenrolar do processo de cuidar, disponibilizando-lhes informação adequada, durante a realização dos procedimentos e esclarecendo-os mediante as suas necessidades, promovendo a humanização dos cuidados de enfermagem.

Redimensionando agora para as áreas de intervenção à pessoa e família a vivenciar processos complexos de saúde/doença crítica, a Enfermagem, enquanto profissão ativa e proativa, tem vindo a desenvolver uma enorme evolução, face às necessidades de doença súbita e acidental da população, prestando cuidados altamente diferenciados, em especial, nos contextos Pré-hospitalar, Urgência e Cuidados Intensivos. Assim, para uma assistência adequada e em tempo útil, torna-se essencial que o enfermeiro desenvolva conhecimentos contínuos e competências especializadas neste âmbito.

Doravante exponho o relato que demonstra o percurso de aquisição de competências especializadas no cuidar da pessoa e família em situação crítica, reportando-me, em primeiro lugar, ao estágio III que decorreu no ambiente da prática pré-hospitalar.

A principal premissa no âmbito da EPH consiste em prestar uma assistência rápida, sistematizada, organizada e eficaz ao utente, com recurso a uma equipa multidisciplinar diferenciada, que após a estabilização inicial procede de seguida ao transporte da vítima para uma Unidade de Saúde apropriada à sua condição de saúde/doença (Rocha, Prado, Radünz & Wosny, 2003).

O exercício profissional, em ambiente pré-hospitalar, expressado por Tomás (2009) é visto como “específico, complexo e peculiar” (p. 59) e resulta de diversos fatores como a gravidade, complexidade e imprevisibilidade das situações clínicas, em que os cuidados são prestados no exterior de um meio institucional, afastado de meios de intervenção com maior diferenciação, com alta exposição social e um número escasso de intervenientes a participarem no processo de decisão em várias circunstâncias. Pelos motivos anteriormente referidos, o autor acentua que é necessário uma preparação

direcionada e permanente dos profissionais envolvidos no socorro, de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados às vítimas.

Nesta sequência, o enfermeiro com a sua formação de base e o acréscimo de competências específicas, constitui um recurso humano fundamental na prestação de cuidados na área do socorro pré-hospitalar. O desafio sentido nas diversas experiências da sua prática de cuidados no quotidiano, ajudam-no a desenvolver a mestria de saberes e a proficiência que realçam o caráter singular dos cuidados de emergência concedidos pelos enfermeiros do pré-hospitalar (Oliveira & Martins, 2013).

Nesta ótica, o enfermeiro do pré-hospitalar detém formação de índole técnico-científica e humana, essencial à sua atuação em qualquer situação da prática, nomeadamente, em situações altamente complexas e imprevisíveis, nas quais, possui competências específicas que lhe possibilitam neste sentido uma intervenção autónoma e interdependente em articulação com o CODU, respeitando as normas e as orientações aceites ao nível internacional (OE, 2007).

Deste modo, segundo o REPE, artigo 9.º, Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, as intervenções de enfermagem, podem ser autónomas, quando se efetuam pelos enfermeiros, de acordo com a sua exclusiva iniciativa, responsabilidade e qualificações profissionais, no âmbito da prestação de cuidados, gestão, ensino, formação, assessoria ou podem ser interdependentes quando são efetuadas por enfermeiros, segundo as suas qualificações profissionais em parceria com outros técnicos, tendo como finalidade um objetivo em comum, resultantes de planos de ação delineados antecipadamente e definidos pelas equipas multidisciplinares onde se inserem, bem como, pelas prescrições ou orientações formalizadas previamente (OE, 2015b).

Neste seguimento, as intervenções autónomas e interdependentes em enfermagem, inserem-se no contexto da prática em emergência, onde os enfermeiros “procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”, conforme referido no artigo 9.º, do REPE, alínea e), do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril (OE, 2015b, p. 103). Neste âmbito, é notória, a autonomia na decisão de agir e na responsabilidade evidenciada pelo enfermeiro “pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, conforme definido no artigo 100.º do Estatuto da OE, alínea b), do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril (OE, 2015b, p. 81).

Assim sendo, no ambiente pré-hospitalar, (OE, 2008b), as intervenções interdependentes dos enfermeiros “requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções” (p. 1).

Nesta linha de pensamento, o objetivo primordial da intervenção clínica do enfermeiro no meio pré-hospitalar, consiste em prestar cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade, em situações de doença súbita e/ou acidente, da qual, poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, possibilitando desta forma uma correta abordagem e estabilização da(s) vítima(s) no local da ocorrência, por forma a garantir no exercício das suas competências, a manutenção/recuperação das funções vitais, com o recurso a todos os meios disponíveis e realizando, posteriormente, o transporte primário e/ou secundário com acompanhamento do doente até uma Unidade de Saúde adequada (OE, 2007).

O enfermeiro especialista por integrar e constituir a equipa de socorro pré-hospitalar dando assistência através dos meios de intervenção diferenciada do INEM, como a ambulância SIV e a VMER, desenvolve no decurso da sua prática competências especializadas no âmbito do cuidado à pessoa em situação de doença súbita/acidental, permitindo uma estabilização, tratamento e recuperação, com um mínimo de sequelas.

Segundo o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 34/2012, o INEM tem a missão de “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde”.

A ambulância SIV possui a missão de assegurar cuidados de saúde diferenciados, de forma a atender à melhoria dos cuidados prestados à população em ambiente pré-hospitalar, (INEM, 2017a), funcionando também como uma extensão do Serviço de Urgência Básica, oferecendo-lhe apoio diferenciado, sempre que necessário. Tem uma tripulação constituída por um enfermeiro, com formação em SIV e um técnico de emergência, com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa (Despacho n.º 14898/2011, 2011).

A VMER está sedeadada numa Unidade Hospitalar diferenciada, intervém na dependência direta do CODU e destina-se ao transporte de uma equipa médica para o local de ocorrência onde se encontra o doente. O seu objetivo centra-se na estabilização pré-hospitalar em situações de emergência da vítima de doença súbita ou acidente, com

posterior acompanhamento médico durante o transporte até ao Hospital (INEM, 2011). A sua equipa é composta por um médico e um enfermeiro, dotados de formação específica em emergência médica e, em particular, em Suporte Avançado de Vida (SAV) e trauma (Despacho n.º 14898/2011, 2011).

O CODU é uma central de emergência médica responsável pelo atendimento e orientação relativa aos pedidos de ajuda médica efetuados através do Número Europeu de Emergência - 112. Esta central tem como tarefa primordial atender, triar e dar seguimento às emergências médicas, acionando os recursos apropriados e disponíveis a cada situação de emergência. O CODU detém um conjunto de equipamentos de telecomunicações e informática, incluindo programas especializados de localização para coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes (INEM, 2017b).

O INEM tem assim vários meios que lhe permitem prestar uma resposta adequada em situações de emergência médica, tendo como objetivos principais: prestar socorro no local de ocorrência; realizar um transporte assistido da(s) vítima(s) para um Hospital apropriado; e estabelecer articulação entre as diferentes Unidades Hospitalares (Oliveira & Martins, 2013). A ativação dos meios INEM é feita após um atendimento, triagem e acionamento efetuado pelo CODU, em função do estado clínico e do número de vítimas.

A passagem pelo CODU - DRC, no estágio III, permitiu-me desenvolver conhecimentos acerca da sua organização, dinâmica de funcionamento e recursos, de forma a compreender a articulação existente entre este e os diferentes meios do SIEM. Observei também os equipamentos de telecomunicações utilizados pelos profissionais do CODU, particularmente, os sistemas informáticos de Telemedicina, Telecuidados (Teleassistência e Telemonitorização) e georreferenciação. De igual modo, foi-me concedida a oportunidade de assistir à audição das chamadas de emergência 112, cujo atendimento é realizado pelos Técnicos de Operação de Telecomunicações Emergentes, observar e compreender os processos de triagem realizados, acompanhar o acionamento e a gestão de meios de socorro no meio extra-hospitalar. Nesta sequência, depreende-se que a central de emergência ou CODU está dividida por várias áreas, designadamente, o atendimento de chamadas emergência 112, triagem, aconselhamento, acionamento ou seleção e envio dos meios de socorro, passagem de dados, sistema de atendimento *call-back*, integrando ainda o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise. O CODU - DRC, ao nível do atendimento, recebe chamadas 112 de âmbito nacional, que englobam todo o território de Portugal Continental, porém, o acionamento de meios é realizado

apenas de uma forma regionalizada, correspondente, neste caso à Região Centro. A sua equipa é constituída por médicos, psicólogos e pelos Técnicos de Operação de Telecomunicações Emergentes. Os operacionais do CODU efetuam o atendimento da chamada de emergência, triagem, acionamento de meios para o local e passagem de dados. Esta assistência é depois supervisionada pelo líder de equipa ou médico do CODU, que acede a todos os dados respeitantes aos pedidos de socorro recebidos na central, intervindo quando necessário e dirigindo ainda a tomada de decisões no local de ocorrência após a passagem de dados, no sentido de validar procedimentos médicos, de terapêutica ou proceder ao envio de mais meios diferenciados para o local.

Após a existência de uma chamada de emergência 112 e de acordo com a utilização dos fluxos de triagem instituídos é atribuído um número de identificação e uma prioridade a cada situação, do mais prioritário ao menos. Este sistema de triagem implementado desde Maio de 2012 é denominado de *TETRICOSY - Telephonic TRIage and COounseling* e contém algoritmos de decisão que permitem uma triagem menos aleatória, mais assertiva e, conseqüentemente, um acionamento mais rápido (Campos, 2014). Constatei a existência de uma elevada afluência de chamadas de emergência e que o operacional que realiza o atendimento desempenha uma função de enorme importância não só na realização da triagem adequada, como também através da indicação da conduta apropriada à pessoa que estabeleceu o contacto, de modo a poder ajudar na assistência à vítima até à chegada do meio de socorro.

No decurso do estágio realizado, neste contexto, surgiram momentos de reflexão com os Técnicos de Operação de Telecomunicações Emergentes, no atendimento sobre o modo de atribuição das diferentes prioridades hierarquizadas, consoante os fluxos de triagem e no acionamento acerca das diversas formas de gerir os recursos do INEM, no que concerne às prioridades de acionamento dos meios mais apropriados consoante cada situação particular (como por exemplo: no caso de indisponibilidade de meios que se encontravam ocupados ou em situações de envio de mais meios para o local), possibilitando assim um socorro apropriado, eficaz e eficiente a toda a população. Considero que foi extremamente pertinente para o desenrolar do estágio conhecer este elo da cadeia de emergência, uma vez que me proporcionou um maior entendimento acerca da dinâmica de funcionamento e gestão realizadas pela central de emergência CODU, desde o atendimento das chamadas 112, triagem, acionamento de meios de socorro do SIEM, passagem de dados sobre as ocorrências ao encaminhamento da vítima para a Unidade de



Saúde mais apropriada, sendo importante conhecer todos os meios envolvidos no socorro pré-hospitalar, de forma a garantir uma atuação adequada, efetiva e com qualidade.

A casuística da VMER do pólo HUC, referente ao CHUC, E.P.E. é, em primeiro lugar, de origem médica, com elevado predomínio de situações relativas a paragem cardiorrespiratória (PCR) e, em segundo lugar, de origem traumatológica. Relativamente à ambulância SIV de Águeda, a prevalência de ocorrências é de âmbito médico, ao qual, se segue o trauma.

Ao longo deste estágio III, vivenciei a experiência de colaborar na gestão de recursos e cuidados à pessoa em situação crítica em meio extra-hospitalar, possibilitando-me aprofundar conhecimentos relativamente às intervenções realizadas pelo enfermeiro em cada um dos meios de socorro do INEM, particularmente, na ambulância SIV e na VMER.

O enfermeiro especialista, no seu domínio de competências comuns referentes à gestão de cuidados, “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2010a, p. 4).

No âmbito da minha intervenção no meio pré-hospitalar, para obter uma maior compreensão acerca do domínio da gestão de cuidados, adquiri inicialmente conhecimentos sobre a estrutura física, organizacional (dinâmica e funcionamento) dos meios do INEM (ambulância SIV e VMER) e das suas respetivas Bases/Sedes hospitalares. Além disso, verifiquei a metodologia de trabalho e de gestão, as atividades específicas dos diferentes intervenientes do SIEM, como elos no processo de socorro pré-hospitalar, os recursos humanos e materiais, a alocação e o armazenamento de todos os materiais e equipamentos utilizados e específicos para as emergências neste contexto e colaborei ainda na gestão de cuidados de enfermagem e de recursos. O enfermeiro neste ambiente da prática é confrontado diariamente com várias atividades de gestão, nas quais, pude participar. Estas reportam-se, nomeadamente, à realização do *check-list*, reposição de medicação e material de uso clínico, conferindo a sua validade, gestão de *stock*, verificação do material das malas de reserva, do funcionamento dos equipamentos de transporte, da manutenção da viatura/ambulância assegurando a sua operacionalidade e articulação dos cuidados com a equipa multidisciplinar, nos vários meios do INEM. Considero que conhecer bem os locais, os materiais e a sua organização, foi essencial, permitindo-me uma atuação de forma rápida, assertiva e eficaz, sobretudo, neste contexto onde o tempo é crucial.

Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, consiste em cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2010b).

Neste sentido, começo por referir, segundo Oliveira e Martins (2013), que o trabalho do enfermeiro em ambulância SIV “é exigente, não só pela necessidade de aplicação de conhecimentos vastos e porque implica trabalhar ao segundo, como também pela responsabilidade de atuação e decisão” (p. 119). De acordo com os autores anteriormente mencionados, o enfermeiro da ambulância SIV, por trabalhar em equipa com um Técnico de Ambulância de Emergência, doravante designado por Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 19/2016, é o elemento mais diferenciado sendo por isso o líder de equipa, conferindo-lhe neste sentido uma responsabilidade acrescida de avaliação e decisão relativamente às intervenções e procedimentos a realizar e ainda lhe concede autonomia para atuar com exigência e precisão no exercício da sua prática.

Assim sendo, no contexto de atuação em ambulância SIV, o enfermeiro, enquanto responsável/líder de equipa, gere a sua atuação mediante protocolos e procedimentos definidos pelo INEM, acrescidos de validação do médico do CODU, estabelecendo deste modo a interligação entre a equipa e os diferentes meios do INEM. O TEPH conduz a ambulância SIV e efetua a prestação de cuidados consoante as suas competências, segundo a supervisão do enfermeiro, o qual, tem a responsabilidade de compreender e saber selecionar adequadamente o protocolo de atuação a implementar, consoante o estado da vítima em cada situação, recorrendo aos seus conhecimento técnico-científicos e espírito crítico para avaliar a situação, tomar decisões fundamentadas e realizar uma abordagem diferenciada de forma adequada e atempada.

No caso específico da VMER, o enfermeiro atua em equipa com o médico na assistência à(s) vítima(s), para além de ter a responsabilidade acrescida de conduzir a viatura, tendo que para isso possuir conhecimentos atualizados da área geográfica circundante. Durante o estágio neste meio constatei, de forma idêntica, outras atividades inerentes ao conteúdo funcional da carreira do enfermeiro no pré-hospitalar, descritas no Despacho Normativo n.º 46/2005 de 19 de outubro, que autoriza o regulamento Interno do Pessoal do INEM e das quais evidencio, em particular, que o enfermeiro atua no sistema de socorro pré-hospitalar no âmbito da vertente medicalizada, concomitantemente, com os restantes elementos da equipa multiprofissional que intervêm no atendimento às vítimas;

atua também em situações de exceção/catástrofe e em missões humanitárias; referenciação e cooperação no transporte do doente urgente/emergente; colabora em processos de formação; participa em reuniões, grupos de trabalho, planos de emergência; realiza/participa em estudos sobre problemas de enfermagem e que visem a melhoria dos cuidados.

Nos diferentes meios de socorro pré-hospitalar, a minha atuação foi dirigida pela aplicação de protocolos e algoritmos emitidos pelo INEM e o Conselho Português de Ressuscitação, conforme os princípios atuais e internacionalmente aceites baseados no *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, bem como, pelo Manual de SAV de 2011 e os restantes manuais elaborados pelo INEM. O meu desempenho durante as atividades realizadas, neste estágio, foi ainda suportado em pesquisa bibliográfica nesta área, nos conhecimentos adquiridos no curso de mestrado e pelo contributo obtido ao longo da minha formação pessoal e profissional.

Deste modo, ressalto, algumas das intervenções de enfermagem realizadas durante este contexto de estágio, nomeadamente, recolha de dados da vítima e família, abordagem inicial da vítima, avaliação dos parâmetros vitais, realização de eletrocardiogramas de 12 derivações, cateterismos periféricos, aspiração de secreções, abordagem à vítima de trauma, com colocação de colar cervical e imobilização em plano duro, colaboração em manobras de SAV e no transporte de doentes em estado crítico.

Neste sentido, durante a atuação no pré-hospitalar, os protocolos terapêuticos complexos facilitam a atuação do enfermeiro, com a existência de linhas orientadoras que o auxiliam na sua prestação de cuidados acarretando-lhe, por conseguinte, uma maior autonomia em termos de intervenção terapêutica. Além disso, os protocolos terapêuticos permitem uniformizar a prática clínica e atender à prática baseada na evidência, visto que, estes são realizados de forma universal por todos os intervenientes na prestação de cuidados e incluem normas atuais e em vigor, com suporte científico, que promovem uma prática de qualidade, melhores ganhos em saúde para o doente e contribuem para uma gestão de cuidados mais eficiente e eficaz. Estes protocolos são usados diariamente no atendimento à vítima de doença súbita/acidental em situação de emergência e comportam uma das áreas de atuação do enfermeiro especialista, assim como é referido pela OE (2010b), que este “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (p. 3).

Ao longo do estágio III apliquei diferentes protocolos, diariamente, durante a intervenção em ambulância SIV e na VMER, o que contribuiu para os compreender

melhor, auxiliando-me no desenvolvimento de competências referentes à prestação de cuidados ao doente crítico emergente nesta área de atuação específica. A abordagem da vítima é também realizada com recurso a estes protocolos de intervenção terapêutica consoante a sua situação. Sendo assim, alguns dos protocolos terapêuticos realizados no período de estágio foram: abordagem da vítima; abordagem do traumatizado; trauma crânio-encefálico; trauma do tórax; trauma abdominal/bacia; trauma vertebro-medular; trauma das extremidades e tecidos moles; sedação e analgesia; disritmias; diabetes e alterações de glicémia; dispneia; convulsões; alterações do estado de consciência; dor torácica; défice motor/sensitivo; hemorragia; intoxicações; paragem cardiorrespiratória (PCR) no adulto; obstrução da via aérea; problemas psiquiátricos/suicídio. No decurso deste estágio, pude realizar a abordagem às vítimas recorrendo aos protocolos em vigor, sempre que adequado à situação e em determinadas situações tomar a liderança, sob supervisão do enfermeiro tutor, permitindo-me neste sentido desenvolver competências na abordagem e atuação perante vítimas críticas, em situação emergente. Assim, após a rápida colheita de dados, realizei a avaliação primária, por prioridades (ABCDE), *Airway* (A) - Permeabilização da via aérea, com controlo da coluna cervical; *Breathing* (B) - Ventilação e oxigenação; *Circulation* (C) – Circulação, com controlo de hemorragia; *Disability* (D) – Disfunção neurológica; *Exposure* (E) – Exposição, com controlo da temperatura e efetuei a avaliação secundária/sistemizada, efetuada na seguinte sequência: cabeça e pescoço; tórax; abdómen, bacia e períneo; membros superiores e inferiores; dorso e superfícies posteriores. Neste seguimento, realizei ainda no decurso da avaliação secundária, a colheita de dados/recolha de informação pormenorizada, a implementação de ações e, posterior, avaliação das intervenções de enfermagem (INEM, 2012a).

Nos meios do INEM é utilizado um sistema informático de saúde portátil denominado *Integrated Clinical Ambulance Record - ICare*, que detém a informação clínica do utente em cada ocorrência e, por vezes, o seu histórico, caso já tenha sido socorrido anteriormente. O *ICare* proporciona o registo de todas as intervenções realizadas e auxilia o profissional de saúde na realização da história clínica e abordagem ao doente.

Assim, este sistema possibilita uma “maior qualidade no atendimento da vítima e melhoria dos tempos de resposta. (...) uniformização de conteúdos e possibilidade de guardar a informação para tratamento estatístico” (INEM, 2013, p. 18).

Na EPH, durante o estágio III, utilizei este sistema de armazenamento de dados e registo como metodologia de trabalho, permitindo-me neste sentido aceder ao processo

clínico e efetuar o registo de todas as intervenções de enfermagem realizadas aos utentes no contexto de atuação em ambulância SIV, uma vez que, na VMER os registos no que diz respeito à abordagem da vítima, são apenas realizados pelo médico. Este sistema de registo proporciona a transmissão por telemetria de toda a informação registada sobre o utente para o CODU e, quando necessário, para a Unidade de Saúde de destino do mesmo, no entanto, em situações de elevada gravidade o CODU contacta o SU para informar a equipa da chegada da vítima. Ao longo do estágio, pude proceder à transmissão de informação/dados por telemetria e transmiti também essa mesma informação, após a transferência da vítima realizada no SU do Hospital para, o qual, era referenciada.

A identificação de diagnósticos de enfermagem nos contextos de emergência pré-hospitalar possibilita ao enfermeiro, detetar e controlar os riscos precocemente, planeando individualmente o cuidado prestado à(s) vítima(s) por meio de intervenções específicas, fundamentadas cientificamente e capazes de proporcionar ações eficazes e imediatas. Os cuidados prestados ao doente crítico exigem do enfermeiro um raciocínio ágil e uma tomada de decisão clínica em enfermagem assertiva, de forma a garantir a concretização dos objetivos inerentes ao seu cuidar. Nesta medida, o processo de enfermagem no meio pré-hospitalar é implementado mentalmente, com suporte no raciocínio crítico, pela natureza deste contexto, que requer rapidez, eficiência e eficácia nas intervenções realizadas.

Nunes et al. (2009) afirmam que numa situação de emergência a equipa de emergência tem por objetivo “reconhecer o risco e intervir” (p. 15). Assim, nas emergências cardiorrespiratórias, o papel do enfermeiro é fundamental, visto que, a recuperação do doente irá depender grandemente da sua eficácia (Batuca et al., 2003).

Deste modo, todos os cuidados prestados pela equipa de saúde de forma metódica e diferenciada são cruciais para prestar um socorro adequado, o mais rápido possível, promovendo prognósticos favoráveis e evitando complicações desfavoráveis no indivíduo. No decurso do estágio colaborei na aplicação de protocolos e de algoritmos internacionalmente em vigor, em especial, de Suporte Básico de Vida (SBV), SAV e disritmias peri-paragem (algoritmo de bradicardia e taquicardias). A este nível, o estágio revestiu-se de excelentes oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Desta forma, desenvolvi um processo contínuo de autonomia para a intervenção em enfermagem, sobretudo, em situações de disritmias peri-paragem e em PCR, em ambos os meios do INEM (ambulância SIV e VMER), onde colaborei com a

equipa multidisciplinar em manobras de SBV, SAV e nos cuidados pós-ressuscitação, até ao Hospital. Esta atividade tornou-se ainda mais enriquecedora devido à oportunidade de vislumbrar estes procedimentos numa realidade diferente, que é o meio extra-hospitalar, onde é exigido um pensamento rápido, assertivo e eficaz por forma a salvar o maior número de vidas, no menor espaço de tempo e com o mínimo de sequelas.

Neste âmbito, destaco as situações de PCR ocorridas em meio VMER onde após a chegada da equipa de EPH, se a vítima não apresentasse sinais de vida, mesmo depois de se realizarem todos os esforços em prol da sua reanimação, o médico realizava a verificação do óbito. Nestas situações de morte, a minha intervenção passou pelos cuidados *post mortem*, salvaguardando a dignidade e a privacidade da pessoa e colaborando com o médico e o enfermeiro na transmissão de más notícias, de modo a ajudar a família nesta fase a enfrentar o processo de luto. Nestas circunstâncias, de óbitos, existem algumas diligências a efetuar, como a solicitação das autoridades ao local de ocorrência, pelo que também informei e esclareci a família acerca dos processos legais a realizar.

Neste sentido, importa aqui referir, que a intervenção do enfermeiro em contexto pré-hospitalar é abrangente e permite aplicar um amplo leque de competências, promovendo uma prática do cuidar multidimensional direcionada para a ética, os valores humanos, valorizando a dignidade e a globalidade da própria pessoa, não se limitando apenas à prestação de socorro imediato com vista à estabilização das vítimas e ao tratamento da sua sintomatologia (Oliveira & Martins, 2013).

A comunicação de más notícias em saúde é uma área de enorme dificuldade para os profissionais de saúde, na medida em que transmitir uma má notícia é sempre difícil e exige diplomacia, pois, estes momentos são perturbadores e de dimensão complexa tanto para a pessoa que recebe a notícia, quanto para o profissional que a transmite e gera nos sobreviventes sentimentos de medo, ansiedade, desconforto, desorientação. A “má notícia” está quase sempre associada à morte, sendo que se esta ocorrer de forma súbita, imprevisível e inusitada assume uma dimensão ainda maior (Pereira, 2005).

Nesta sequência, o enfermeiro que intervém no meio pré-hospitalar, também desenvolve estratégias na comunicação de más notícias, pelo que procurei desenvolver competências neste âmbito, especialmente, em situações irreversíveis e inesperadas de PCR. Nestas situações, torna-se imprescindível transmitir a informação à família acerca do sucedido, respeitando-a e envolvendo-a no processo de cuidados, conduzindo-a para um local mais calmo e privado, onde mais do que as palavras utilizei, principalmente, o

silêncio, o oferecimento de uma informação faseada, usando uma linguagem e tom de voz adequados e a partir do ponto em que a família já tinha conhecimento, dando-lhe tempo para compreender, estando disponível para facultar informações adequadas e permitindo-lhe ainda despedir-se do corpo físico do seu familiar, se assim fosse da sua vontade. Deste modo, evidencio também perante este acontecimento, que a assistência à família que se apresentava num estado de desespero e descrença face à situação de perda passou, de forma idêntica, pela transmissão de uma atitude apaziguadora, tranquilizadora e promotora de um suporte psicológico adequado (escuta atenta, apoio emocional, toque quando necessário e apropriado, respeito pelo silêncio, demonstrar empatia). Confortei ainda a família, como forma de a ajudar a enfrentar a dor da perda e respeitar o processo de luto, de acordo com as suas crenças e valores, encorajando-a a expressar as suas emoções e desejos relativamente à morte do seu familiar. Todas estas ações me permitiram a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, respeitando a dignidade do doente e da família, assim como é descrito pela OE (2010a) no domínio da melhoria contínua da qualidade, que o enfermeiro especialista “cria um ambiente terapêutico e seguro” (p. 3).

Sobre este assunto, saliento ainda que a minha atuação nestas circunstâncias e sempre que as mesmas ocorreram, foi baseada no protocolo de comunicação de más notícias, designado por *SIPKES*, elaborado para a realização de uma comunicação eficaz e assertiva com o objetivo de obter informações dos doentes, transmitir informações clínicas, proporcionar apoio ao doente e induzir a sua cooperação num plano ou estratégias para o seu tratamento futuro (Buckman, 1992, citado por Araújo & Leitão, 2012).

Segundo os autores supracitados, as seis etapas sequenciais do protocolo de comunicação de más notícias, resumem-se do seguinte modo: 1ª) *Setting up the interview* - planeamento da situação a comunicar, procurando um ambiente apropriado, calmo e com privacidade, envolvendo o doente e/ou familiares; 2ª) *Perception* - perceber o que é que se sabe sobre a sua doença/situação, avaliando a capacidade de compreensão e adequando o tipo de informação; 3ª) *Invitation* - convidar ao diálogo, entender aquilo que se quer saber e não saber, esclarecendo dúvidas/questões e respeitando as preferências; 4ª) *Knowledge* - transmitir conhecimento e partilhar informação, de forma clara e precisa, dando tempo para assimilar; 5ª) *Emotions* - abordar as emoções expressas à notícia, recorrendo à resposta empática, encorajar a demonstrar as emoções; 6ª) *Strategy and summary* - estratégia de seguimento ou resumo daquilo que foi dito.

No que concerne à atuação do enfermeiro nas emergências médicas, esta consistiu em desenvolver conhecimentos na abordagem inicial ao doente, realizando a sua estabilização no local de ocorrência e procedendo depois ao seu encaminhamento para o Hospital. Ressalto, de seguida, a abordagem realizada a doentes com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) no pré-hospitalar.

Nesta sequência, na Europa cerca de 40% de todas as mortes de indivíduos com uma idade inferior a 75 anos são devidas a doenças cardiovasculares. A evidência indica que um terço das vítimas de EAM morre na primeira horas após a ocorrência dos sintomas, antes mesmo de chegar ao Hospital (INEM, 2011). Deste modo, no contexto de atuação pré-hospitalar, colaborei na atuação relativamente a ocorrências de vítimas com dor torácica por angina instável e em suspeitas de EAM, intervindo no sentido de estabilizar o doente, através da realização da abordagem ABCDE, efetuando um eletrocardiograma de 12 derivações, a monitorização contínua dos parâmetros vitais, administração de terapêutica, segundo o protocolo de dor torácica e/ou de acordo com a validação/prescrição médica e, por fim, efetuando o seu transporte imediato para a Unidade de Saúde adequada, a fim de se obter um diagnóstico com vista ao tratamento definitivo.

De igual modo, no âmbito da atuação em contexto pré-hospitalar, em situações relacionadas com a presença de AVC é utilizada a *Escala de AVC Pré-hospitalar de Cincinnati*, que constitui uma metodologia de avaliação neurológica pré-hospitalar do AVC, aplicada em menos de um minuto e que pela sua rapidez e assertividade permite uma taxa de fiabilidade de 72%. Neste sentido, avalia a assimetria/alteração da mímica facial; a queda/debilidade do braço; e alterações da fala; atendendo aos parâmetros de normal/anormal (Carbonieri, 2015). Desta forma, a utilização desta escala de avaliação, proporciona ao doente com suspeita de AVC agudo, um método de cuidados mais seguro e eficaz. No decurso deste estágio, pude aplicar esta escala de avaliação neurológica sumária do doente com suspeita de AVC, de acordo com os procedimentos e o protocolo de défice motor/sensitivo, permitindo-me avaliar rapidamente o doente e promover um tratamento de acesso rápido, após transporte imediato e a chegada ao Hospital apropriado à sua condição. Neste âmbito, as Vias Verdes permitem uma “abordagem de encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves (...)” (INEM, 2016, p. 63). Assim, as Vias Verdes melhoraram o acesso aos tratamentos eficazes, que ao serem influenciados pelo fator



tempo, estabelecido entre o início dos sintomas e o diagnóstico/tratamento, possibilitam uma diminuição da morbidade, mortalidade e de possíveis sequelas (INEM, 2016).

Ao longo deste contexto de estágio desenvolvi, de forma similar, conhecimentos e competências no cuidado à vítima de trauma, que pela sua prevalência é considerado a primeira causa de morte nos indivíduos com idade inferior a 44 anos e estando estes em idade ativa e produtiva. (Nunes et al., 2009). Deste modo, o trauma, por ser o maior problema de saúde em todo o mundo, continua a aumentar a sua taxa de incidência ao nível mundial, carecendo deste modo de cuidados de emergência cada vez mais diferenciados e com as técnicas de atuação mais adequadas, por parte das equipas de socorro, devendo estes centralizarem-se na educação, prevenção, tratamento e reabilitação (Boffard, 2010). Assim sendo, pode dizer-se que na prestação de cuidados em contexto pré-hospitalar, a filosofia de atuação é a de não causar dano, sendo que no doente politraumatizado deve incluir o transporte rápido para a instituição de saúde adequada ao seu estado clínico, de forma a garantir cuidados definitivos (Moore, Mattox & Feliciano, 2006).

Neste seguimento, prestei cuidados de enfermagem em ambiente pré-hospitalar a vítimas com politraumatismos ou traumatismos isolados decorrentes de acidentes de viação ou provocados por quedas, participando em atividades de abordagem à vítima, tais como: a colocação do colar cervical, remoção/mobilização adequada da vítima em cada circunstância específica para um dispositivo de imobilização mantendo a sua estabilização, colaboração no seu transporte e na transferência realizada na sala de emergência de um Hospital diferenciado/Centro de Trauma, para o qual eram referenciadas. A este nível, o estágio foi revestido de intensas situações de aprendizagem experiencial que me proporcionaram adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente vítima de trauma, em especial, na avaliação primária e secundária. No decurso destas atividades foi também importante conhecer as circunstâncias do acidente e os mecanismos de lesão durante a recolha de informação, de forma a permitir detetar precocemente e/ou despistar possíveis lesões ou traumatismos ocultos que necessitassem de intervenção imediata.

Em ambiente pré-hospitalar ainda é necessário proceder à efetivação de um transporte primário ou secundário da pessoa em estado crítico, a fim de se realizar um tratamento diferenciado e exames complementares de diagnóstico e terapêutica que garantam uma resposta adequada à condição de saúde/doença emergente. O transporte primário é realizado entre o local do acidente/ocorrência e uma Unidade de Saúde

Hospitalar e o transporte secundário é efetuado entre duas Instituições Hospitalares ou entre departamentos dentro de uma Unidade Hospitalar (Nunes et al, 2009).

Neste âmbito, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), elaboraram um guia de recomendações para realização do transporte do doente crítico, onde ressaltam que é necessário um processo de decisão (ato médico) e planeamento prévio, de forma a contribuírem para a efetivação do transporte.

As fontes supramencionadas realçam também que apesar de o transporte envolver certos riscos e de se justificar a sua realização para providenciar um nível de assistência superior ou realizar exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não passíveis de serem efetuados na instituição/serviço onde se depara o doente, durante o transporte o nível de cuidados não deverá ser inferior ao obtido no serviço de origem, podendo ainda ser necessário elevar esse nível de cuidados. Nesta medida, torna-se fundamental, prevenir e antecipar uma possível instabilidade hemodinâmica que possa existir no transporte.

Neste sentido, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação, refere que o enfermeiro deve prestar cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando uma possível instabilidade e risco de falência orgânica (OE, 2010b). No pré-hospitalar o enfermeiro é ainda dotado de competência para assegurar o acompanhamento, vigilância e prestação de cuidados de enfermagem às vítimas, ao longo do transporte primário e/ou secundário, do local de ocorrência até à Unidade de Saúde de referência, de forma a assegurar cuidados de enfermagem contínuos (OE, 2007).

Neste contexto da prática, durante o estágio III, pude colaborar no transporte de doentes em estado crítico. A minha atuação, nesta atividade, pautou-se pelo seguimento das recomendações elaboradas pelas fontes acima referidas, para o transporte do doente crítico, informando ainda o doente relativamente a todo o procedimento de transporte e aludindo ao seu direito de acompanhamento por uma pessoa por si designada, cumprindo com o preconizado na Deliberação n.º 14/2011 do INEM, sobre o direito de acompanhamento de doentes urgentes/emergentes em ambulância de socorro. Esta atividade confere ao enfermeiro uma responsabilidade acrescida no seu exercício profissional, visto que, após a tomada da decisão médica para a efetivação do transporte, tem de prestar assistência de enfermagem à pessoa em situação crítica durante o transporte de ambulância desde o local de ocorrência até ao Hospital mais adequado à sua situação, assumindo assim a liderança neste procedimento e fazendo-se acompanhar apenas do

doente e do TEPH, no caso de atuação em ambulância SIV. O enfermeiro desempenha também esta atividade no decurso da sua intervenção na VMER, cooperando com o médico e a restante equipa multidisciplinar, sempre que é necessário, acompanhar o doente durante o transporte até chegar à Unidade de Saúde de referência. Ao longo de todo o processo de transporte, respeitei sempre as normas de segurança, procurando não causar danos para os doentes e atender aos riscos subjacentes, potenciais ou reais, que poderiam advir do transporte. No decurso desta atividade, foi importante após a abordagem inicial da vítima por prioridades (ABCDE), realizar a sua estabilização, atendendo a prováveis instabilidades hemodinâmicas, antes de se efetuar o processo de transporte, reavaliar a sua situação clínica durante o mesmo e, por fim, transmitir a informação de forma pertinente e assertiva à equipa, após a sua receção no Hospital, bem como, acompanhar e transmitir informação adequada à família, diminuindo o seu sofrimento (OE, 2007), garantindo deste modo a continuidade e a qualidade de cuidados.

Nesta sequência, desenvolvi conhecimentos no âmbito do transporte primário e secundário do doente crítico, uma vez que, todas as experiências nos diversos transportes em que colaborei, levaram-me a entender que o enfermeiro pode orientar e aconselhar, atendendo a uma perspetiva em equipa, na fase de decisão do transporte, por conseguinte, durante a fase de planeamento é, evidente, uma prestação de cuidados centrada nas suas competências técnico-científicas, que fundamentam a antecipação e identificação de focos de instabilidade, que podem ocorrer durante o transporte e, na qual, realiza um planeamento e coordenação de tudo o que é necessário para o transporte, ao nível de equipamentos, materiais e fármacos. Por último, na fase de efetivação, assume um papel de vigilância, com o intuito de evitar e prevenir complicações, conduzindo à efetivação de um transporte sem intercorrências. A colaboração no transporte de doentes e, em especial, de doentes em estado crítico, durante o estágio no INEM, permitiu-me ampliar conhecimentos nesta área, bem como, aceder a um maior enriquecimento pessoal, para que estes contributos possam ser mobilizados e aplicados no meu contexto diário de trabalho.

Ao longo do estágio no INEM, participei em algumas ativações para situações de *rendez-vous*, realizadas com a equipa da VMER e com os bombeiros, que adicionaram ao estágio um maior conhecimento e enriquecimento, proveniente do contacto experienciado como o método de intervenção dos vários elementos da equipa de socorro pré-hospitalar. Importa destacar, que neste contexto de atuação o trabalho em equipa é fundamental, pois, todos os elementos têm conhecimentos aprofundados e específicos para atuar nesta área,

que conjugados com uma comunicação interpessoal eficaz, contribuem para uma correta coordenação da equipa, o seu adequado funcionamento e se reflete na eficácia e qualidade dos cuidados, tendo constatado este facto durante o estágio.

No decurso das atividades atrás mencionadas, denoto, que ampliei o meu saber e desenvolvi competências na abordagem à pessoa em situação crítica vítima de PCR, de trauma e com suspeita de EAM, aperfeiçoando os meus conhecimentos na realização e interpretação de eletrocardiogramas de 12 derivações e em vítimas com suspeita de AVC, através da aplicação da escala de avaliação de *Cincinnati*. Compreendi também o funcionamento das Vias Verdes, desenvolvi estratégias de comunicação de más notícias à família e participei no transporte extra-hospitalar do doente crítico, culminando numa aprendizagem de extrema riqueza, essencial no cuidado de enfermagem à pessoa e família em situação crítica.

Este estágio III, foi diariamente revestido de momentos pertinentes de análise crítica e reflexiva, de forma individual, relacionando a minha atuação com os conhecimentos atuais acerca dos factos e experiências obtidas, recorrendo sempre que necessário, à pesquisa bibliográfica e estudo individual, que se refletiram no portefólio e no projeto de autoformação realizados no âmbito deste estágio e me permitiram estabelecer um maior entendimento entre as situações clínicas e as ações de enfermagem inerentes a cada atividade desempenhada, facilitando a minha atuação. Esta reflexão foi ainda efetuada, de forma coletiva, através da partilha com os enfermeiros tutores sobre as situações vivenciadas e atividades realizadas em cada turno, especialmente, as referentes a situações de maior complexidade face à pessoa e família em situação crítica, possibilitando analisar mais em pormenor os acontecimentos à luz de várias perspetivas, o que contribuiu para o meu aperfeiçoamento profissional nesta área e, consecutivamente, uma maior segurança e qualidade dos cuidados por mim prestados. Assim, considero que a consciência de formação contínua e autoformação inerente ao percurso profissional de um enfermeiro constitui o fundamento para uma prática baseada na evidência, onde o conhecimento científico associado a um profissional altamente treinado e qualificado é, sem dúvida, a chave do sucesso para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados por si prestados e consequentemente se traduzirá no salvamento do maior número de vidas.

Reporto-me agora, aos contextos da prática realizada no ambiente intra-hospitalar, referentes ao estágio I e II, os quais, se tornaram igualmente essenciais neste percurso de aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Hospital é o meio onde o atendimento de urgência/emergência assume um papel de relevo na recuperação e manutenção do estado de saúde/doença do indivíduo, permitindo desta forma um tratamento definitivo, onde para isso é necessário existir uma equipa multidisciplinar que atenda o indivíduo como um ser holístico e uno, prestando cuidados altamente qualificados de forma eficiente, eficaz e atempada, com recurso ao conhecimento técnico e científico (Teixeira, Franco, Castanharo & Oliveira, 2015).

O estágio I foi efetuado no Serviço de Urgência Geral do HUC, referente ao CHUC, E.P.E. Este serviço presta cuidados altamente diferenciados em situação de urgência/emergência e comporta uma afluência de cerca de 460 doentes adultos, por dia. Segundo o artigo 5.º, do Despacho n.º 10319/2014, publicado na 2.ª série do Diário da República de 11 agosto de 2014, um Serviço de Urgência Polivalente é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência/emergência, que neste caso, garante uma assistência a toda a população da Região Centro. Deste modo, esta Urgência possui dimensões e capacidades únicas para uma intervenção diagnóstica e terapêutica, indispensável ao tratamento e recuperação de doentes com politraumatismos, atribuindo-lhe neste sentido a designação de Centro de Trauma nível I, de forma a prestar uma assistência a doentes em estado grave e crítico, na área do trauma (CHUC, 2013).

A prestação de cuidados de enfermagem de urgência ocorre, sobretudo, de acordo com um modelo de atuação sustentado na agudização da situação em que se encontra o doente, porém, compete ao enfermeiro de urgência prestar cuidados a pessoas cujos problemas apresentados se considerem situações não-agudas até às situações críticas. Nesta linha de pensamento, é no contexto da sala de emergência que o enfermeiro vivência frequentemente estas últimas e que, por sua vez, podem mesmo levar ao comprometimento da vida humana (Eggleston, 2003). No SU é esperado que existam “profissionais competentes, com elevada formação científica, técnica e humana (...)” (Martins, 2009, p. 175). O autor anteriormente citado reconhece ainda que é, essencial, os enfermeiros progredirem de forma a alcançarem a perícia como resultado do desenvolvimento de competências gerais e específicas, ao nível individual, na gestão da sua atuação e no modo de agir profissional e ético, desde que iniciam atividade até durante toda a sua vida.

No estágio I, prestei cuidados em diversas áreas do SU, em particular, no gabinete de triagem, sala de emergência, área cirúrgica, área médica, ortopedia, psiquiatria e gabinete de informações a familiares e acompanhantes. A passagem por todas estas áreas foi fundamental para compreender a dinâmica existente no SU e as atividades

desenvolvidas pelo enfermeiro e equipa multidisciplinar, dotando-me desta forma de conhecimentos e saberes na área de urgência/emergência. Em situações de emergência na admissão de um doente em estado crítico é o enfermeiro que estabelece o primeiro contacto com o doente e realiza o processo de triagem, tendo como responsabilidade saber avaliar e determinar as suas prioridades, encaminhando-o, depois, para a adequada área de tratamento, cabendo-lhe o papel de orientar os procedimentos que irão ser prestados ao doente (Teixeira, Franco, Castanharo & Oliveira, 2015). Assim, os utentes que se dirigem a esta Urgência são submetidos ao Protocolo de Triagem de Manchester, existente em Portugal desde o ano 2000 e que possibilita uma maior organização e gestão dos SU (Freitas, 2012). Este sistema de triagem, segundo a Norma 002/2015 da Direção-Geral da Saúde (DGS), permite identificar uma prioridade clínica para posterior distribuição do doente na área de atendimento mais apropriada à sua situação clínica.

A aplicação deste sistema de triagem, que fornece uma prioridade clínica com base na identificação de problemas do utente, permite atribuir uma pulseira com uma cor prioritária que corresponde a um tempo alvo de atendimento, respeitante às cinco cores da Triagem de Manchester, variando de cor consoante a situação e que equivale a uma das áreas seguintes: área vermelha (emergente/risco imediato de vida), a área laranja (muito urgente), área amarela (urgente), área verde (pouco urgente) e a área azul (não urgente). Nestas duas últimas áreas, que correspondiam à Urgência Básica, os utentes podiam ter que aguardar atendimento ou consoante a gravidade do seu estado clínico, serem encaminhados do Hospital para outros serviços de saúde (Grupo Português de Triagem [GPT], 2015). Existe atualmente a sexta prioridade do Protocolo de Triagem de Manchester, denominada de prioridade branca, elaborada pelo GPT para triar situações não urgentes, como é o caso de utentes que se deslocam à urgência para a realização de meios complementares de diagnóstico, cirurgias programadas, execução de procedimentos de enfermagem não urgentes, entre outros (Freitas, 2012). Na minha passagem pela área de triagem, pude colaborar na triagem de alguns utentes, com supervisão do enfermeiro tutor, o que me permitiu um maior entendimento sobre este sistema de triagem e se revelou uma experiência enriquecedora. Nesta medida, constatei que o enfermeiro na triagem desempenha um papel importante no sentido de obter o máximo de informação sobre a história do utente e o que motivou a sua ida ao SU, através da sua capacidade de observação, interpretação e intervenção rigorosa, rápida e prudente, consoante cada situação particular, orientando-o depois, para a área de atendimento mais apropriada. Deste

modo, é possível com recurso a este sistema, o enfermeiro realizar uma triagem assertiva e rápida, atendendo à gravidade de cada situação e que valoriza aquilo que o doente diz que sente, de modo a providenciar um cuidado centrado na integralidade da pessoa, de forma eficiente, não atrasando o seu diagnóstico nem o tratamento adequado.

Para efetuar o processo de tomada de decisão, o enfermeiro realiza a sua intervenção de enfermagem começando pela identificação das necessidades da pessoa ou do grupo (família e comunidade), regista as intervenções por forma a evitar o risco, verifica a existência de problemas potenciais, resolvendo-os ou atenuando-os e incorpora no planeamento e na implementação das suas ações, os resultados de investigação (Nunes, 2008a). O processo de enfermagem, no SU, foi efetuado através do sistema de informação de saúde *ALERT*<sup>®</sup>, o qual, utilizei durante o estágio permitindo-me aceder ao processo clínico dos utentes a quem prestei cuidados e proceder ao registo de todas as intervenções de enfermagem realizadas, de forma a garantir a continuidade de cuidados. Este sistema facilita a articulação existente entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de um determinado doente, pois, todos podem aceder aos seus registos, prescrições medicamentosas, procedimentos, meios complementares de diagnósticos e terapêutica efetuados, entre outros, promovendo desta forma uma maior eficácia, rapidez e individualização no processo de planeamento de cuidados aos doentes. Nesta perspetiva, os registos informáticos em enfermagem são fundamentais, visto que, orientam o enfermeiro na sua prestação de cuidados e na tomada de decisões clínicas, promovem a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, para além, de serem importantes para a gestão, formação, investigação e terem uma conotação legal e ética (Páscoa & Isidoro, 2011).

O Enfermeiro Coordenador neste serviço é um elemento diferenciado e responsável de equipa, sendo também EEEMC e exercendo a coordenação de todo o SU. Este elemento da equipa de enfermagem, responde prontamente às solicitações do serviço consoante as necessidades durante o turno, no que concerne à gestão e à tomada de decisões para a prestação de cuidados, mobilizando recursos humanos e participando na prestação de cuidados, sempre que alguma área do SU se apresente mais carenciada, pelo aumento do número de doentes e da carga de trabalho a eles inerente ou aumento dos tempos de espera de atendimento no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem. No decurso deste estágio, pude efetuar um turno no sector de coordenação, onde acompanhei a Senhora Enfermeira Coordenadora na gestão de recursos e cuidados na Urgência. Esta foi uma experiência de aprendizagem bastante enriquecedora, elucidando-

me para vários aspetos de gestão e despertando-me para determinados pormenores referentes à gestão de cuidados num SU e que permitem a manutenção de cuidados seguros, contínuos, de qualidade e interligados com outros serviços e Hospitais. Esta atividade de gestão também faz parte de uma das competências do EEEMC, tal como é evidenciado pela OE (2010b), que o enfermeiro especialista “lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa; avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa” (p. 4).

A adequada gestão dos cuidados está associada à sua qualidade e eficácia. Nesta sequência, durante o turno desenvolvido na área de coordenação do SU, participei na gestão de recursos materiais e humanos, na interligação dos cuidados com a equipa multidisciplinar, na realização de pedidos de fármacos e na elaboração de planos de distribuição de enfermeiros e assistentes operacionais, para as vinte e quatro horas subsequentes. Deste modo, saliento, que na realização do plano de distribuição dos enfermeiros pelas áreas do SU, foi considerado durante a sua elaboração e formação das equipas em cada área, o grau de competência, experiência/perícia e tomada de decisão perante problemas de maior complexidade, relativos a cada enfermeiro, por forma a permitir obter um maior equilíbrio. Realizei ainda a reposição de *stock* ou reserva de fármacos e material, verificando a reserva de material necessário para os turnos seguintes, evitando o seu desperdício ou rutura. Conferi os fármacos estupefacientes existentes e o seu registo informatizado, supervisionei os pedidos de *kits* cirúrgicos para utilização na área cirúrgica. Conheci o circuito de material esterilizado onde pude realizar uma visita breve à esterilização do Hospital. Colaborei em pedidos de material consumível esterilizado, solicitações para reparação de materiais e transportes inter-hospitalares, permitindo a continuidade de cuidados, assim como, em outras questões burocráticas relativas à gestão de cuidados. Acompanhei ainda a Senhora Enfermeira Coordenadora na supervisão dos cuidados prestados, nas várias áreas de prestação de cuidados da Urgência, de modo a garantir o seu adequado funcionamento.

Nesta sequência, Alves (2010), afirma que um líder deve ser prestativo, atento acessível, recetivo, imparcial. Como capital humano a ser desenvolvido e respeitado, tem a também responsabilidade de escutar os seus colaboradores, manifestar apreciação e reconhecimento e apoiar as solicitações válidas. Este autor realça ainda que um líder, exercendo influência sobre os elementos liderados, deve estimular o desenvolvimento de capacidades e interesse individual facultando oportunidades de aprendizagem e treino.



Sendo assim, um líder além de gerir a distribuição de cuidados, os recursos humanos e materiais e de realizar a supervisão de cuidados é também um gestor de conflitos e das emoções provenientes das relações interpessoais no seio equipa. O enfermeiro especialista, estando presente em todos os turnos e desempenhando atividades de liderança e de gestão de cuidados, deve estar desperto para esta particularidade da gestão, pois, uma equipa coesa, em equilíbrio emocional, motivada e com um clima de parceria e harmonia entre todos os elementos, bem como, com a restante equipa multiprofissional, certamente, se refletirá na qualidade dos cuidados prestados e no aumentando da sua produtividade e eficácia. Nesta medida, é fundamental que o enfermeiro especialista, enquanto, coordenador/líder de equipa, seja assertivo e se torne um promotor de um ambiente de trabalho favorável, inibidor de estados de stresse, transmitindo responsabilidade e sentimentos de segurança, sobretudo, em turnos críticos, aceitando e respeitando cada elo da equipa de enfermagem como único e indispensável na prestação de cuidados, potenciando oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de capacidades individuais, ampliando a autoconsciência e os conhecimentos de cada um, de modo que todos contribuam para a melhoria contínua dos cuidados decorrentes do seu exercício profissional.

No SU, tanto o conhecimento específico como o saber agir para uma rapidez de atuação na tomada de decisão são essenciais e contribuem para a excelência na prestação de cuidados, onde o enfermeiro tem um papel de extrema importância, principalmente, na sala de emergência (Fernandes, 2004). Nesta sequência, o enfermeiro no domínio das suas competências em situações de urgências vitais, deve ter capacidade e conhecimentos para detetar o problema de forma rápida, intervir adequadamente e de prever e mobilizar toda a ajuda necessária (Benner, 2001). Segundo Amaral, Cruz e Oliveira (2010) “a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas, para que o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica tenha a máxima eficácia e eficiência” (p. 3).

Num SU, a sala de emergência é considerada uma valência que permite o atendimento de doentes emergentes, para que se possa prestar uma assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica. Assim, nesta área da Urgência, existe um enfermeiro responsável ou líder, que coordena toda a equipa de enfermagem no contexto de emergência, sendo ainda um elemento diferenciado ou perito, com conhecimento na área de urgência/emergência, em especial, em SAV e trauma. Esta perspetiva vai de

encontro ao referido por Ferreira et al. (2008), onde destacam que a sala de emergência é considerada a zona vital do SU, sendo necessário a existência de uma equipa bem treinada em áreas cruciais como a ressuscitação e o trauma, tal como, nas demais situações de urgência que careçam de uma resposta imediata, assertiva, adequada e eficaz, de modo que a sua atuação se reflita em vidas recuperadas para a sociedade.

Foi na área da sala de emergência que incidiu grande parte do estágio I, uma vez que, é um local direcionado para a emergência dos cuidados de saúde prestados ao doente crítico. Esta área é dotada de recursos materiais e equipamentos adequados, que garantem o sucesso de atuação em emergência aos doentes com risco de vida eminente, tendo ainda ao nível de recursos humanos, uma equipa multidisciplinar e multiprofissional integrada, que atua em sintonia, em prol da estabilização, tratamento e manutenção das funções vitais do doente emergente. O facto de conhecer a disposição dos materiais e equipamentos e realizar o seu *check-list*, ajudou-me a atuar na prática de forma mais eficaz. Daqui ressalvo a importância, de todos os carros de emergência do SU se encontrarem organizados uniformemente, consoante a Orientação n.º 008/2011 elaborada pela DGS, facilitando a prestação de cuidados de forma rápida, assertiva e objetiva. Ao longo deste estágio, deparei-me com inúmeras situações nesta área do SU, onde se torna imperioso que o enfermeiro detenha uma base de conhecimentos solidificados por uma metódica e organizada prestação de cuidados em consonância com a equipa em que se insere e que são essenciais para uma correta e assertiva intervenção ao doente urgente/emergente.

Neste sentido, colaborei com a equipa de enfermagem em diversas situações na sala de emergência, designadamente, em doentes de trauma com politraumatismos e traumatismos isolados crânio-encefálicos, de tórax, de abdómen, pélvicos/bacia, de extremidades e tecidos moles, em multivítimas politraumatizadas, bem como, em estados de doença súbita/aguda ou crónica agudizada como em disritmias peri-paragem, PCR, suspeitas de EAM e AVC triados, respetivamente, para a Vias Verde Coronária e Via Verde AVC, edemas agudos do pulmão, insuficiências respiratórias/renais agudas e crónicas agudizadas, em doentes com vários tipos de choque, entre outras. Na colaboração em situações de disritmias peri-paragem e PCR, atuei segundo os algoritmos de bradicardia, taquicardias e SAV, recomendados pelo Conselho Português de Ressuscitação.

A Organização Mundial de Saúde tem elaborado recomendações e *guidelines*, para a implementação de sistemas de trauma e de programas que melhorem a qualidade e o tratamento dos doentes de trauma. A nível nacional foi implementada a Norma de

Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, resumida na Circular Normativa n.º 07/DGS/DQCO elaborada pela DGS (2010). Segundo esta norma, na avaliação inicial ao doente de trauma é necessário um conjunto de ações bem coordenadas, requerendo a intervenção de uma “equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida em termos de suporte científico e experiência” (p. 6), onde cada um dos elementos conhece o seu papel, de forma a contribuir para uma otimização do desempenho e sucesso da equipa na sala de emergência. A minha intervenção na abordagem intra-hospitalar ao traumatizado (primária, secundária e terciária), passou pelo estabelecimento de prioridades (ABCDE), em atuação conjunta com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar. Neste contexto, todas estas intervenções me possibilitaram consolidar e desenvolver conhecimentos, atitudes, habilidades e aptidões na área do doente em estado crítico, grave e de trauma, bem como, em situações complexas de doentes instáveis, com alterações hemodinâmicas e arritmias, onde foi fundamental reconhecer ritmos cardíacos e possíveis alterações. A este nível, desenvolvi também conhecimentos adquiridos durante a formação no curso de mestrado e apliquei saberes e conhecimentos advindos do meu percurso pessoal e profissional.

Ao longo deste estágio, participei ainda nos cuidados inerentes à aplicação de protocolos terapêuticos complexos, relacionados com a ativação de Vias Verdes existentes no SU, nomeadamente: Via Verde Coronária; Via Verde AVC; Via Verde Trauma; Via Verde Sepsis, permitindo-me conhecer melhor o encaminhamento realizado, as estratégias de intervenção precoce no diagnóstico e tratamento destes doentes, após o início dos sintomas e que lhe proporcionam uma maior qualidade de vida, provinda pela melhoria da sua recuperação funcional e diminuição da morbi-mortalidade. Neste âmbito, importa também aqui denotar, a responsabilidade e autonomia do enfermeiro no momento da admissão do doente na triagem, para ativar as Vias Verdes, mediante os protocolos instituídos, onde o juízo clínico e a tomada de decisão são essenciais para um encaminhamento rápido e eficaz.

Neste estágio, a colaboração no transporte intra-hospitalar do doente crítico possibilitou-me expandir conhecimentos nesta área e compreender melhor o circuito realizado por este da sala de emergência ou de outras áreas do SU para uma unidade de internamento mais adequada à sua patologia e seguimento clínico (por exemplo: bloco operatório, unidade de AVC, hemodinâmica, entre outras) ou para a realização de exames complementares de diagnóstico no serviço de imagiologia. Assim, na fase de planeamento

e efetivação do transporte, foi importante estar desperta para prevenir e detetar possíveis riscos para o doente, relacionados com a sua segurança, como por exemplo: risco de extubação, exteriorização de cateteres, desconexão de drenos, risco de queda na sua passagem ou ainda antecipar focos de instabilidade hemodinâmica repentina, visto que, necessitam de uma atuação rápida e adequada por parte do enfermeiro.

O enfermeiro especialista, enquanto líder da equipa de enfermagem, gere também ações no âmbito de situações de maior complexidade e desenvolve cuidados altamente qualificados. Em situações de emergência, o enfermeiro desempenha um papel imprescindível de atuação a vários níveis, uma vez que, tem a responsabilidade de organizar a prestação de cuidados e de agir de acordo com as suas competências e conhecimentos técnicos, científicos, éticos e humanísticos diferenciados, com objetivo de proporcionar um tratamento adequado ao doente (Teixeira et al., 2015).

Ao longo da minha prestação de cuidados, neste estágio, adotei uma conduta de acordo com a responsabilidade profissional, deontológica e os princípios morais, éticos (autonomia, beneficência/não maleficência, justiça, respeito pela pessoa) e legais, respeitando a individualidade de cada pessoa doente como um ser uno e integral, atendendo aos seus valores, vontades, crenças, promovendo a sua dignidade, privacidade, conforto, proteção e informando-a, sempre que possível, em todos os procedimentos realizados.

Neste sentido, em situações de urgência, assim como, aconteceu durante o estágio uma situação de PCR súbita ou em outras situações, quando a pessoa não se encontrar consciente e em que não é possível obter o seu consentimento, deve-se proceder em benefício da sua saúde, de acordo com artigo 8.º, definido na Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, referente ao consentimento em situações urgentes, o qual, descreve que “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.” Esta norma, (Deodato, 2017), estabelece o direito ao consentimento do doente, bem como, o direito à proteção da sua saúde. O autor citado anteriormente acentua ainda que é possível assegurar uma prestação de cuidados de saúde, nestas circunstâncias, estando a liberdade individual protegida pelo direito ao consentimento quando a pessoa não se apresentar consciente e não conseguir manifestar a sua vontade, escolhas, convicções, desejos. Assim, nestas situações da prática clínica perante a pessoa em estado crítico, prevalece o direito ao consentimento presumido,

pois, a pessoa não possui as condições necessárias à tomada de decisão pelo seu estado clínico de saúde/doença, no qual, deverão ser respeitados os princípios éticos (beneficência/não maleficência) e a promoção da vida. Deste modo, a minha conduta foi regida pela norma e princípios atrás apontados, ao colaborar com a equipa de emergência em manobras de SAV, onde demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, ao assistir a pessoa em situação crítica em PCR, possibilitando-me desenvolver competências ao nível do SAV e dos cuidados pós-ressuscitação, bem como, me permitiu tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas. No decurso deste estágio I, partilhei ainda momentos diários de profunda reflexão com os enfermeiros tutores, que me ajudaram a ampliar conhecimentos, saberes e aperfeiçoar o meu desempenho na prestação de cuidados ao doente urgente/emergente e família, assim como, realizei pesquisas bibliográficas, quando necessário, que foram importantes para dar resposta ao portefólio elaborado neste estágio.

Dito isto, considero que atuação do enfermeiro no SU é diversificada e atende a uma multiplicidade de patologias onde a formação, o aprimoramento de conhecimentos, saberes, aptidões e qualidades são uma constante do seu percurso pessoal e profissional, uma vez que, além de sustentarem e contribuírem para dar significado, solidificar e permitirem o progredir da sua intervenção clínica diária, possibilitam também ao doente e família obter melhores resultados em saúde, em especial, na área do doente crítico, pois, quanto mais eficiente, eficaz e rápida for a sua atuação menor será a probabilidade de existirem sequelas e melhor será a sua qualidade de vida. Nesta medida, o enfermeiro especialista no SU não é apenas mais um enfermeiro, mas um profissional diferenciado pelas suas habilidades, atitudes, conhecimentos técnico-científicos, raciocínio crítico e resolução criativa, em cada ação personalizada ao doente, reconhecendo a sua individualidade ímpar e da sua família, enquanto pessoas inseridas num contexto biopsicossociocultural e espiritual e, os quais, necessitam do seu cuidado regido pela ética e deveres da profissão como promotores do seu bem-estar geral e dos seus direitos.

Na sequência da abordagem e estabilização inicial realizadas no SU é necessário continuar a garantir um tratamento adequado com vista à recuperação da pessoa em situação crítica. Deste modo, assiste-se com frequência à sua transferência para uma UCI.

A UCI é pautada por um ambiente próprio e específico, com as mais sofisticadas intervenções médicas e de enfermagem que permitem enfrentar a doença ou estado de ameaça à vida. A atuação do enfermeiro é fundamental para a evolução do estado do

doente crítico, uma vez que este se encontra sempre em mudança, dada a sua instabilidade hemodinâmica. Neste sentido, o enfermeiro de cuidados intensivos identifica atempadamente os problemas, inicia e controla o amplo plano terapêutico, de forma a prevenir e controlar focos de instabilidade (Carpenter & Carpenter, 2003).

No Hospital Dr. Nélcio Mendonça, a UCIP, é uma unidade fechada, autónoma e de nível III, com responsabilidade integral sobre os doentes em estado crítico, tendo equipas próprias de enfermagem e assistência médica qualificada, por intensivista, permanente nas 24 horas, com a possibilidade de acesso aos meios necessários de monitorização, diagnóstico e terapêutica (DGS, 2003b). Esta unidade tem a missão de melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico, prestando cuidados de forma a prevenir, suportar, tratar e reverter estados de falência com implicações a nível vital. Fornece ainda apoio à emergência interna do Hospital e acolhe cerca de 500 utentes por ano (Serviço de Saúde da RAM, s.d.). Quanto às patologias mais frequentes da UCIP, ressalto, em primeiro lugar, as do foro respiratório (pneumonias, insuficiências respiratórias agudas e crónicas agudizadas), em segundo, as de origem cardiovascular (choque de várias etiologias, PCR) e, por fim, as correspondentes ao doente do foro neurológico (traumatismos crânio-encefálicos, AVC), entre outras.

O ambiente físico desta unidade, constituído por um quarto de isolamento e as restantes sete camas em espaço amplo, vai de encontro ao preconizado pela literatura. Neste sentido, Carpenter e Carpenter (2003), descrevem a estrutura física da UCI, como uma configuração, geralmente, circular e com um posto de trabalho de enfermagem central, possibilitando a visualização direta, completa e constante de todos utentes, em que estes podem estar numa área ampla e aberta separados por divisórias/cortinas ou em quartos individuais, no entanto, a vantagem de visualizar diretamente o utente, contraria a desvantagem da privacidade.

O método de trabalho de prestação de cuidados enfermagem exercido na UCIP, consiste no método do enfermeiro de referência/responsável/enfermagem primária, designados na sua forma original por *Primary Nursing*. O doente, como foco de enfermagem, recebe cuidados individualizados de elevada qualidade participando nos mesmos o mais ativamente possível (Pinheiro, 1994). O enfermeiro fica responsável pelo doente vinte e quatro horas por dia, até que este se ausente da unidade, prestando cuidados continuamente. Assim, o enfermeiro tem um maior contacto com o utente, acompanhando-o idealmente desde a admissão até à alta hospitalar (Costa, 1999). A

filosofia deste método, (Marx, 2009), centra-se nos cuidados holísticos, no respeito pelo doente, na personalização dos cuidados, no seguimento e na continuidade desse trabalho, refletindo-se na qualidade da assistência prestada e nos resultados de excelência obtidos.

O enfermeiro de cuidados intensivos exerce intervenções complexas na prestação de cuidados e na gestão, que requerem competências técnicas e científicas, para que a tomada de decisão, enfatize a prática segura (Camelo, 2012). No estágio II, realizado na UCIP, o enfermeiro responsável de turno numa das suas atividades, efetua o plano de distribuição de trabalho dos enfermeiros pelo número de doentes existentes no início de cada turno de trabalho, tendo em consideração o rácio de enfermeiro-doente de 1:2, se a unidade estiver com uma ocupação total. Este elemento responde também às solicitações do serviço consoante a necessidade durante o turno, no que concerne à gestão e tomada de decisões. O responsável de equipa no final de cada vinte e quatro horas, efetua ainda a validação da escala de medida da carga de trabalho de enfermagem, *Therapeutic Intervention Scoring System* ou *TISS-28*, aplicada devido à complexidade do doente internado na UCIP e pelas vastas intervenções realizadas. Este sistema classifica a gravidade do doente, quantificando as intervenções terapêuticas relacionadas com procedimentos médicos e de enfermagem utilizados, em cada pessoa doente internada (Elias, Matsuo, Cardoso & Grion, 2006). Foi interessante conhecer este sistema de classificação, que permite gerir os recursos necessários para uma prática de cuidados de enfermagem, contudo, este sistema não mede as atividades de cuidado indireto prestado ao doente, como as atividades organizacionais e o suporte à família (Gonçalves, 2006).

Neste sentido, foi desenvolvida a escala *Nursing Activities Score – NAS*, que demonstra uma maior sensibilidade para quantificar as atividades de enfermagem, uma vez que, engloba atividades de monitorização/reavaliação de sinais vitais; procedimentos de higiene; posicionamentos e mobilização; suporte/cuidados ao doente e familiares; atividades administrativas/gestão (Miranda, Nap, Rijk, Schaufeli & Iapichino, 2003).

No decurso da prestação de cuidados, o juízo clínico do enfermeiro relacionado com o diagnóstico, intervenção e avaliação é determinado pela instabilidade e gravidade dos doentes e deve ser realizado de forma atempada e eficaz, promovendo melhores resultados em saúde, por conseguinte, torna-se necessário que o mesmo adquira um vasto conjunto de competências específicas, indispensáveis diante a panóplia de dispositivos de monitorização invasiva e não invasiva concernentes à pessoa em situação crítica (Caldas, Petronilho, Petronilho & Machado, 2010). Assim, considero que atuação do enfermeiro

especialista, perante o doente crítico internado nos Cuidados Intensivos, pressupõe a vigilância e manutenção permanente dos seus parâmetros vitais, garantindo um tratamento e uma recuperação o mais precocemente possível, otimizando dispositivos invasivos, prevenindo focos reais ou potenciais de infeção e antecipando complicações, consoante cada situação particular e que possam originar instabilidade no seu estado clínico.

Nesta sequência, a prestação de cuidados ao doente crítico e família, no estágio II, permitiu-me aprofundar e desenvolver os conhecimentos obtidos ao longo do curso de mestrado e os saberes resultantes da minha trajetória pessoal e profissional, contribuindo para o meu progresso formativo e também adquirir competências na área de Médico-Cirúrgica, especialmente, na abordagem ao doente crítico/ventilado.

Sendo assim, ao longo da prestação de cuidados na UCIP, adquiri e desenvolvi conhecimentos, sobre os vários modos de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, bem como, monitorização invasiva e não invasiva das funções vitais. Desta forma, realizei diversas atividades e procedimentos em todas as áreas e focos de intervenção, com o intuito de proporcionar ao doente uma maior satisfação das suas necessidades básicas, um bem-estar geral e conforto. Dessas atividades de enfermagem, distingo algumas das quais efetuei durante este estágio II, tais como: admissão doente; avaliação detalhada do seu estado geral; monitorização, avaliação e registo contínuo dos parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos; monitorização da pressão arterial invasiva, da pressão intracraniana, da pressão perfusão cerebral, da pressão venosa central; prestação de cuidados de higiene e conforto no leito; posicionamento adequado, evitando zonas de pressão e de acordo com cada situação particular; execução de pensos/tratamento de feridas; preparação e administração de terapêutica e de nutrição entérica. Cooperei no processo de desmame ventilatório, extubação e numa intubação do doente em situação emergente; colaborei na realização de exames complementares de diagnóstico e realizei e interpretei gasometrias arteriais. Procedi à colocação, alteração e suspensão de terapêutica em perfusão; efetuei reposições hidroeletrólíticas; vigiei a dor; promovi estratégias de comunicação adequadas ao doente ventilado e não ventilado; estabeleci uma relação terapêutica com o doente e família; atuei de acordo com as normas de prevenção da infeção associada à prestação de cuidados; e colaborei no transporte do doente crítico. De forma similar, geri a reposição de material referente à “divisória individual” do doente, ao qual, prestei cuidados em cada turno, no sentido de poder ter sempre disponível o material necessário para intervir de imediato, de forma eficaz e eficiente. Alguns destes procedimentos encontram-se



protocolados na UCIP, de acordo com a evidência científica contemporânea, pelo que foi do meu interesse conhecer inicialmente os procedimentos e protocolos terapêuticos existentes neste serviço. No decorrer do estágio II, apliquei alguns desses protocolos durante a prestação de cuidados ao doente em estado crítico, o que contribuiu para os compreender melhor. Destaco, alguns dos protocolos terapêuticos mais utilizados durante este estágio, nomeadamente: o protocolo da administração de medicação/solução intravenosa; administração de noradrenalina; monitorização da glicémia e insulino-terapia; monitorização do potássio sérico; administração de nutrição entérica; aspiração de secreções em sistema aberto/fechado; hipotermia terapêutica; cateterização de veia central; cateterismo vesical; drenagem torácica; heparinização de soros e cateteres; prevenção da transmissão da infeção cruzada da colonização/infeção por *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA). Foi importante conhecer os protocolos e procedimentos mais usuais na UCIP, visto que, me possibilitaram uma maior facilidade de atuação em determinadas situações, obter uma maior autonomia relativamente às intervenções a realizar de modo a gerir melhor o tempo e os cuidados prestados, assim como, promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados e economizar material.

A admissão numa UCI, normalmente, surge como um acontecimento inesperado na vida de qualquer pessoa. O ambiente estranho da unidade e a gravidade do acontecimento podem desencadear uma resposta de stresse na pessoa doente e na sua família (Urden, Stacy & Lough, 2008). O acolhimento do doente numa UCI deve ser encarado pelo enfermeiro como um processo personalizado, visando promover a adaptação do doente ao ambiente de internamento hospitalar, bem como, da sua família/cuidador. Neste sentido, o doente e a família podem-se apresentar num estado de elevada ansiedade, angústia, sob stresse, pelo ambiente constrangedor, por vezes, perturbador e desconhecido, rodeado de tecnologia aparatosa, ruídos desconhecidos, luzes artificiais intensas, podendo a ausência do ciclo de luz diurna comprometer o ritmo circadiano, que regula os padrões de sono e o equilíbrio sensorial do doente. Assim, no doente em estado crítico, um padrão de sono adequado é essencial como componente importante nos processos terapêuticos na medida em que como fenómeno regulador e restaurador mantém o bem-estar psicofisiológico e previne a exaustão ou a doença (Carpenter & Carpenter, 2003). Deste modo, na UCIP, durante o turno da noite era proporcionado um ambiente calmo, que respeitasse os padrões de sono, pela diminuição da intensidade das luzes e do volume sonoro dos equipamentos. Para além disto, a necessidade de permanência do doente no

leito, alterando muitas vezes os seus hábitos de vida, pode causar perda da sua privacidade e desencadear sentimentos de depressão, ansiedade, incerteza e desencorajamento quanto ao seu prognóstico de saúde/doença, gerando no mesmo desconforto/dor. Compete ao enfermeiro ajudar a estabelecer estratégias adequadas, junto da pessoa doente e da família, no sentido de os auxiliar a gerir, enfrentar e ultrapassar esta situação da melhor forma, através da promoção de um ambiente terapêutico seguro, suportado pela relação terapêutica e humanística. A relação de confiança depositada, por estes, no enfermeiro e restante equipa de prestação de cuidados é também importante durante o período de internamento na medida em que facilita a comunicação bidirecional, possibilita a transmissão de informação e o esclarecimento de dúvidas, à pessoa doente e família, como elos ativos no processo de cuidados de saúde.

Desta forma, o acolhimento efetuado ao doente e à família, a escuta atenta das suas preocupações e medos, bem como, a disponibilidade e criatividade demonstradas pelo enfermeiro, acrescidos de conhecimento científico e das suas competências técnicas, constituem-se como elementos primordiais para um cuidar de qualidade (Hesbeen, 2001). Assim, o controlo e a gestão e de fatores de stresse, decorrentes do internamento hospitalar, são da responsabilidade do enfermeiro, podendo um acolhimento eficaz e humanizado contribuir para a diminuição do seu impacto no doente e família.

Ao longo deste estágio II, colaborei na admissão do doente internado na UCIP, o que contribuiu para perceber melhor a dinâmica relativamente ao seu processo de receção e acolhimento, ao mesmo tempo, que me permitiu desempenhar algumas atividades, tais como: a preparação da unidade através da verificação da operacionalidade dos equipamentos necessários para ventilação e monitorização invasiva, assim como, a preparação de todo o material e de medicação necessários. De igual modo, durante esta atividade promovi um ambiente acolhedor para o doente, baseado na relação de ajuda e nos princípios éticos, segundo o código deontológico inerente à profissão de Enfermagem, respeitando sempre a sua dignidade, vontade, valores, crenças, cultura, religião e protegendo a sua intimidade, (expondo apenas a região necessária à realização de procedimentos/técnicas, recorrendo a biombos, lençóis), como pessoa una e integral durante o processo de cuidados. A família é fundamental em todo este processo, pois, muitas vezes é um meio para o enfermeiro obter um conhecimento mais personalizado sobre as vontades e preferências do doente, por forma a diminuir barreiras culturais e linguísticas e ainda proporcionar um cuidado mais humanizado.

Neste seguimento, muitos dos doentes internados nas UCI encontram-se sob ventilação mecânica invasiva. No decurso deste estágio II, realizei várias pesquisas bibliográficas de forma a aprofundar conhecimentos neste âmbito, em especial, sobre os diferentes modos ventilatórios e adaptação do doente aos mesmos. O enfermeiro desempenha um importante papel ao longo da prestação de cuidados, (Zanei, 2011), no sentido de diminuir os riscos associados à ventilação, como é o caso da pneumonia associada à intubação (PAI), visto que, ajuda a implementar ações eficazes que promovem o sucesso do desmame ventilatório e o restabelecimento da ventilação espontânea. Deste modo, a prestação de cuidados de enfermagem, neste âmbito, facilita a recuperação clínica do doente a nível geral e quando o seu objetivo é o desmame bem-sucedido, contribui para a redução de custo-benefício e eleva os padrões de qualidade dos cuidados oferecidos.

Sendo assim, neste estágio II, colaborei na transição gradual de suporte ventilatório mecânico invasivo para a recuperação da ventilação espontânea do doente. Neste sentido, desenvolvi conhecimentos ao interpretar a capacidade de resposta ventilatória do doente, através do processo de adaptação do doente ao modo ventilatório, compreendo a sincronia doente – ventilador, verificada quando este se apresentava bem adaptado ao modo ventilatório ou em situações de dessincronia ventilatória, manifestadas também por alterações ao nível do estado global do doente. Nestas últimas circunstâncias, como enfermeira, era importante estar desperta para alertar o médico, visto que, era necessário, por vezes, realizar a mudança da modalidade ventilatória (ato médico), ou uma nova alteração farmacológica de sedação/analgesia, para ajudar o doente a reestabelecer novamente uma boa adaptação ao ventilador. Incluí ainda outras medidas durante a prestação de cuidados ao doente em ventilação mecânica, nomeadamente: aspiração de secreções do tubo endotraqueal e da orofaringe com técnica asséptica; compreensão dos dados de monitorização obtidos pelo monitor e pela observação/resposta do doente; a realização e interpretação de gasometrias com a, subsequente, mudança do modo ventilatório; administração de fármacos e fluídos; gestão e otimização de perfusões terapêuticas, (como aminas vasoativas, atendendo aos seus possíveis efeitos secundários e estabilidade hemodinâmica do doente) e o posicionamento adequado ao estado clínico do doente, que promovesse a ventilação eficaz e o conforto, facilitando a expansão pulmonar e que garantisse a estabilidade hemodinâmica.

A aprendizagem profissional, como um domínio de competências comuns, propicia ao enfermeiro especialista o desenvolvimento do seu autoconhecimento,

assertividade e de uma *práxis* clínica especializada, baseada em válidos e sólidos padrões de conhecimento (OE, 2010a). A enfermagem suportada em conhecimento ou evidências possibilita ao profissional articular a natureza clínica dos cuidados a uma visão global da pessoa e comporta um processo, no qual, o enfermeiro toma decisões clínicas apoiadas em investigações credíveis, na sua experiência pessoal e ainda com base na decisão da pessoa doente (Abreu, 2007). Nesta ótica, como forma de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, para a aquisição desta competência comum do enfermeiro especialista, realizei durante o estágio II, pesquisas bibliográficas para aliar à minha intervenção conhecimentos científicos atuais e baseados na evidência científica, acrescidas de reflexões individuais, que se espelharam também no meu portefólio. Elaborei ainda no decurso do estágio um estudo de caso fundamentado do doente vítima de PCR intra-hospitalar, o qual, suportou a prestação de cuidados, bem como, norteou a discussão com os meus pares em contexto académico, promovendo a partilha de conhecimentos e saberes nesta temática.

Na UCIP encontra-se implementada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), permitindo desta forma o recurso a uma linguagem unificada e orientadora da comunicação entre os enfermeiros. Neste seguimento, a utilização da CIPE é importante, na medida em que permite sistematizar a informação para a continuidade dos cuidados; melhorar a execução e avaliação de planos de cuidados; auxiliar na identificação de necessidades/problemas dos doentes, evitando repetições; e diminuir o tempo utilizado para os registos (Rocha & Souza, 2009). Nesta experiência clínica, ao prestar cuidados a um doente com prescrição do protocolo de hipotermia terapêutica, a elaboração do estudo de caso possibilitou-me refletir, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências relacionadas com a definição de diagnósticos e intervenções de enfermagem realizadas no decurso da prestação de cuidados à pessoa doente acometida de PCR com indução de hipotermia terapêutica internado na UCI, assim como, na utilização da linguagem CIPE.

Na gestão de cuidados ao doente crítico, importa atender à existência de problemas reais/potenciais, além da definição de prioridades, implementação de ações e avaliação de resultados. O doente crítico necessita de uma gestão de cuidados distinta da dos outros doentes, visto que, tem associado a si um conjunto de problemas/patologias de elevada complexidade, apresentando-se por vezes num padrão instável, exigindo uma intervenção atempada e reestruturação constante de prioridades (Carpenter & Carpenter, 2003). Sendo assim, o processo de enfermagem permite ao enfermeiro ter ao seu alcance uma metodologia, que lhe permite programar e prestar cuidados de enfermagem de forma

eficiente, dinâmica, contínua e com melhor qualidade e sistematização das suas ações. Para além disso, obriga o enfermeiro a desenvolver o seu espírito crítico, por forma a tomar decisões sustentadas pelo conhecimento, evidência e experiência profissional (Elkin, Perry & Potter, 2005). No decurso deste estágio, efetuei o plano de cuidados e a sua atualização, sempre que necessário, ao longo da prestação de cuidados e de acordo com a evolução clínica do doente, promovendo a individualização e a melhoria contínua dos cuidados.

Em contexto de cuidados intensivos, o enfermeiro deve desenvolver competências e habilidades para atuar de forma resolutiva, assertiva e reflexiva em situações comuns, assim como, em situações novas, complexas e imprevistas (Viana, 2011). Nesta perspetiva, considero que o cuidar do doente crítico implica o saber mobilizar conhecimentos, técnicas e procedimentos essenciais à prestação de cuidados. A vigilância permanente, a prevenção e o despiste de complicações, antecipando focos de instabilidade, o alívio de fatores de stress fisiológicos, psicológicos e a gestão de riscos potenciais ou reais relativos ao doente crítico, são também pontos capitais, sobre os quais o enfermeiro especialista não deve descurar a sua atenção, desenvolvendo neste contexto, uma prática segura, personalizada e de qualidade, atendendo sempre ao doente como um ser holístico e respeitando a sua dignidade, privacidade, princípios, vontades e crenças como pessoa. O enfermeiro especialista deve ainda atender ao processo de acolhimento, envolvência/participação da família/pessoas significativas na prestação de cuidados, bem como, considerar o seu conforto emocional, tendo sido estes os pontos-chave, nos quais, centrei a minha prática.

### **1.1.1. A gestão da dor**

A dor constitui um foco de atenção do enfermeiro importante em todo o processo de cuidados à pessoa e família em situação crítica. Neste sentido, a dor, por comportar uma dimensão subjetiva, individual e multidimensional, pode ser definida por uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (International Association for the Study of Pain, 1994, p. 210).

A DGS (2003a) definiu a dor como sendo o 5.º sinal vital e determinou como norma de boa prática, proceder à avaliação e registo regular e sistemático da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. O controlo da dor deve ser considerado uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, como fator indispensável à humanização dos cuidados (DGS, 2008b). Deste modo, o controlo da dor engloba intervenções que conduzem à sua prevenção e tratamento. Na existência de dor ou

quando esta for previsível, o enfermeiro tem o dever de atuar no sentido da promoção de cuidados, que eliminem ou minimizem a dor para um nível aceitável por parte da pessoa doente, bem como, segundo o princípio da autonomia, a mesma deve ser envolvida em todo este processo. Nesta sequência, podendo a dor comprometer a qualidade de vida da pessoa doente e o seu bem-estar físico e psicológico, torna-se necessário que o profissional de saúde proceda ao seu controlo através de intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica (OE, 2008a).

Segundo Oliveira (2010), a avaliação e o controlo da dor eficaz do doente crítico representam um desafio para o enfermeiro. Sendo este, o elo da equipa terapêutica que mais tempo permanece próximo do doente, deverá estar atento aos sinais psicológicos, fisiológicos e comportamentais de dor, mensuração adequada e rigorosa da dor e atempada administração de medicação para controlo da dor. O enfermeiro deve ainda estar desperto para outras variáveis importantes como as convicções, pensamentos, funcionamento emocional e estratégias de *coping*, que influenciam a resposta ao tratamento da dor nos doentes em estado crítico, mas que dependem estritamente da sua colaboração, para além de terem um enorme impacto no seio familiar e na qualidade de cuidados (Oliveira, 2010).

Neste seguimento, o auto-relato da dor descrito pelo próprio doente é a forma mais comum de avaliar e caracterizar a dor, sendo ainda considerado o seu instrumento *gold standard*, contudo, o método mais apropriado para realizar a sua avaliação, consiste no que melhor se ajuste à situação do doente, o que não se verifica no caso dos doentes em estado crítico. A dor pelo seu caráter individual, complexo e multifatorial, pode dificultar a sua avaliação e quantificação neste tipo de doentes, em particular, por se encontrarem num estado de inconsciência e não-verbais, quando em ventilação mecânica; obnubilados e verbais; ou conscientes e não-verbais (Oliveira, 2010).

Deste modo, como competências comuns, no domínio da melhoria contínua da qualidade, (OE, 2010a), o enfermeiro especialista “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria um ambiente terapêutico e seguro” (p. 3). De encontro a esta competência, a abordagem da dor é importante como sendo um indicador da melhoria contínua dos cuidados prestados pelo enfermeiro, que além de unir esforços em torno da criação de um ambiente terapêutico e seguro, deve atuar na prevenção, avaliação e tratamento da dor da pessoa em situação crítica.

Nesta ótica, o comprometimento de toda a equipa terapêutica na abordagem da dor é indispensável para a sua avaliação, diagnóstico, tratamento e prevenção, devendo ser envolvida na elaboração e reajustamento do plano de intervenção para controlo da dor, a própria pessoa afetada pela dor e, de igual forma, a família/cuidador principal, enquanto extensão do processo de cuidar. Nos diferentes ambientes do exercício profissional é importante para o desenvolvimento de boas práticas em enfermagem a inclusão de estratégias de formação, ensino e educação, por parte de todos os participantes neste âmbito, uma vez que, a efetividade do controlo da dor também decorre de um compromisso, por parte das instituições de saúde, devendo neste sentido serem promovidas políticas organizacionais de atuação, nesta área (OE, 2008a).

Nesta perspetiva, os enfermeiros devem receber formação em serviço assídua, sobre estratégias de avaliação e controlo da dor, de forma a contribuir para a sua implementação padronizada, em todos os contextos da prática. Estes devem ainda realizar ensinamentos, esclarecendo dúvidas, oferecer informação frequentes ao doente e família, sobretudo, de medidas não farmacológicas de combate à dor, proporcionando-lhe uma maior independência e participação em todo o processo de cuidados. Para além disto, os enfermeiros devem participar na realização e atualização de normas, protocolos para avaliação e controlo da dor, como um instrumento de boa prática e de indicação da qualidade dos cuidados prestados e serem também impulsionados para o desenvolvimento de investigação nesta área complexa e particular do ser humano, ajudando assim na descoberta e conhecimento de novas formas de atuação.

A gestão da dor pela sua natureza fisiológica é uma das primazias a respeitar e a atender na prestação de cuidados pelo enfermeiro especialista, uma vez que este “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2010b, p. 3), através da implementação de estratégias para melhorar ou cessar a dor da pessoa doente. Desta forma, estas estratégias contribuem também para o aumento da sua qualidade de vida, como resultado de um cuidado mais humanizado e integral, centrado na pessoa doente com um limiar e uma definição de dor ímpares. Assim, o enfermeiro tem em si a responsabilidade de saber tomar a melhor decisão, no que respeita à avaliação e implementação das intervenções mais adequadas às necessidades do doente com dor.

Neste sentido, a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, foi evidente ao longo dos estágios I, II, III, através da implementação de condutas

complementares que promovessem o controlo da dor e o seu conforto, como forma de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área.

A dor assume uma elevada frequência nos contextos de emergência e urgência. Deste modo, no decurso do estágio III, sempre o doente apresentasse dor, devido muitas vezes, ao seu estado clínico agudizado e que o levou a recorrer ao pedido de ajuda, após avaliar as características (fisiológicas, comportamentais e a intensidade) da dor, recorrendo à escala mais adaptada ao doente, por exemplo: através da Escala Verbal e da Escala Numérica, esta última, pela sua facilidade de utilização e fiabilidade razoável quando comparada com a Escala Visual Analógica, apliquei medidas de controlo da dor. Quanto às intervenções não farmacológicas, foram implementadas através de meios físicos e da abordagem psicológica, como a título de exemplo: as medidas de conforto, adequando a luz e temperatura ambiente da ambulância; aplicação de frio/quente; imobilização adequada; explicando os procedimentos/técnicas antes e durante a sua realização; demonstrando uma atitude empática; oferecendo suporte psicológico, permitindo o apoio de familiares/pessoas significativas e técnicas de distração (Galinski, 2011). As medidas farmacológicas incluíram, essencialmente, a administração de analgesia, de acordo com o protocolo instituído de sedação/analgesia e a prescrição do médico. Adequiei a aplicação destas medidas às circunstâncias particulares de cada situação, consoante a individualidade e as preferências do doente, no sentido de proporcionar um tratamento provido de um maior conforto e bem-estar, pelo alívio da dor até chegar ao Hospital. As estratégias não farmacológicas, (Galinski, 2011), facilitam a adesão do doente ao tratamento e aumentam a eficácia dos analgésicos de 30% para 40%. No final, realizei a avaliação/resultado e reavaliações frequentes da implementação das medidas terapêuticas, além de dispensar atenção a possíveis efeitos secundários que pudessem ocorrer. Ao longo deste estágio, constatei que existe uma preocupação, por parte do enfermeiro e equipa multidisciplinar, com a valorização, abordagem e monitorização da dor, uma vez que, a dor controlada permite uma maior estabilidade hemodinâmica do doente durante o transporte, evita o agravamento do seu estado clínico e o desenvolvimento de possíveis complicações.

Assim sendo, no contexto pré-hospitalar e intra-hospitalar, compete aos enfermeiros o desenvolvimento de competências na área da abordagem da dor (identificação, avaliação, implementação de ações adaptadas a cada situação clínica com vista ao tratamento adequado), devendo também expandir essas competências pela sua experiência clínica e pela realização de formação contínua, neste campo de intervenção.



A dor pode ser avaliada e monitorizada desde que o doente é admitido na área de triagem, até ao final da sua permanência no SU. A maioria dos doentes que recorrem a este serviço apresenta dor de origem aguda ou por agudização de um estado crónico. Ao longo do estágio I, quando me deparei com um doente com dor ou desconforto geral, por exemplo: dor precordial ou provocada um traumatismo e na realização de procedimento invasivos e/ou dolorosos, entre outros casos, a minha intervenção foi pautada, pelo reconhecimento, avaliação, tratamento, reavaliação e registo da dor, de acordo com a escala que melhor se adaptasse à condição clínica do doente e através da implementação de ações farmacológicas e não farmacológicas. As medidas farmacológicas englobaram, sobretudo, a administração de terapêutica. As medidas não farmacológicas centraram-se, por exemplo: na gestão do ambiente envolvente, adequando a temperatura do ambiente, a intensidade da luz e o ruído, promoção de medidas de conforto através da otimização de um posicionamento antiálgico/conforto, massagem terapêutica, toque, escuta ativa, suporte emocional, reforço positivo, ensinamentos, de acordo com cada situação particular e respeitando a privacidade, intimidade da pessoa doente, informando sobre os procedimentos/técnicas a serem executados e promovendo a participação da família nos cuidados, entre outras.

Sendo a dor um dos fatores que causa diminuição do bem-estar no doente crítico, na UCIP, também desenvolvi conhecimentos na área da dor no âmbito do doente crítico e, tal como, na descrição das atividades realizadas e referentes a esta temática nos campos de estágio anteriores, monitorizei frequentemente o nível e intensidade da dor através da utilização de escalas da dor que melhor se adaptassem a este tipo de doentes, nomeadamente, a escala de dor *Behavioural Pain Scale – Intubated Patient (BPS – IP)*, em vigor nesta unidade. Esta é uma das escalas de avaliação da dor, que melhor se adapta ao doente crítico, devido à sua facilidade de aplicação, fiabilidade e reprodutividade, visto que, nas UCI a maioria dos doentes não consegue verbalizar/autoavaliar a dor, por se encontrarem num estado de inconsciência, sob sedação e em ventilação mecânica (Marote, Mofatto, Pereira, Silva & Odierna, 2014). Segundo os autores atrás referidos, esta escala permite avaliar três aspetos fundamentais, tais como: a expressão facial; os movimentos dos membros superiores; e a adaptação do doente à ventilação mecânica.

Nesta unidade, utilizei também a escala de sedação e agitação de *Richmond ou RASS - Richmond Agitation/Sedation Scale*, que após ser aplicada em doentes críticos ou com agitação psicomotora, ajuda na gestão dos níveis de sedação adequados e analgesia terapêutica, consoante o resultado obtido na sua avaliação.

O desenvolvimento de competências na gestão da dor permitiu-me aprofundar conhecimentos especializados ao nível do bem-estar e da monitorização da dor no doente crítico desde o ambiente Pré-hospitalar, Urgência, aos Cuidados Intensivos. Nesta medida, foi importante, como enfermeira, estar atenta às características e intensidade da dor física e comportamental, que na maioria das situações se apresentaram de forma aguda, mas também podem ter um carácter crónico, assim como, tive ainda como foco de atenção a dor psicológica e espiritual, por forma a seleccionar e implementar as medidas não farmacológicas e farmacológicas mais adequadas ao estado de saúde/doença da pessoa, inserida num contexto biopsicossociocultural e espiritual e com um limiar de dor próprio.

### **1.1.2. A comunicação interpessoal e a relação terapêutica**

A humanização dos cuidados de saúde tem por alicerce a comunicação que é um dos pilares através do qual nos relacionamos e construímos com os outros seres humanos. Comunicar, (Neves & Pacheco, 2004), é agir segundo as necessidades de cada pessoa, num processo de apoio, de forma ajudar na resolução de problemas específicos, promover a liberdade, a cultura e o autocuidado. A comunicação em saúde define-se pelo estudo e utilização de estratégias de comunicação, utilizadas para informar e persuadir as pessoas e as comunidades na tomada de decisões de modo a promover a sua saúde (Teixeira, 2004).

Neste sentido, em Enfermagem, a comunicação é uma das ferramentas do cuidado presente em todas as ações realizadas ao doente, ajudando a orientar, informar, apoiar, confortar e fortalecer as suas necessidades humanas básicas, possibilitando assim ao enfermeiro desenvolver e aprimorar o seu saber-fazer (Pontes, Leitão & Ramos, 2008, citando Cianciarullo, 2003). A comunicação terapêutica é aquela que é estabelecida entre o enfermeiro – doente, com o objetivo de identificar e atender as necessidades de saúde do doente, despertando no mesmo várias oportunidades de aprendizagem, promovendo um sentimento de confiança, satisfação, segurança e ajudando-o a enfrentar os seus problemas. Esta diáde permite também ao enfermeiro ascender a uma prática de enfermagem sublime no seu sentido bidirecional de reciprocidade (Pontes et al., 2008).

A relação terapêutica estabelecida com o doente constitui o eixo central da essência dos cuidados de enfermagem, pois, além de ser uma forma de conhecer o doente na sua plenitude é também um meio para compreender o seu problema/situação (Collière, 1999). No contexto do exercício profissional do enfermeiro, a relação terapêutica caracteriza-se pela parceria constituída com o doente, respeitando-o e valorizando o seu

papel, sendo um veículo para que a comunicação tenha conotação terapêutica (Neves & Pacheco, 2004; Sequeira & Coelho, 2016). Sobre este assunto, Phaneuf (2005) acrescenta que a relação de ajuda é particular e permite à enfermeira promover o crescimento e o desenvolvimento das capacidades do outro, melhorando o seu funcionamento e ajudando-o a defrontar-se com os desafios da vida. Vieira (2009), complementa também referindo que a atividade do enfermeiro é exercida no cuidar da pessoa, saudável ou doente, durante todo o seu ciclo vital, dependendo do contexto da sua prática, desde ambientes de elevada tecnologia, como a existente ao nível da UCI ou até mesmo num domicílio empobrecido, porém, “a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece com a pessoa que pretende ajudar” (p. 8). Assim, a relação terapêutica sustenta toda a prática de cuidados do enfermeiro especialista.

O cuidar está estreitamente relacionado com o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, providas de sustento terapêutico, na medida em que a comunicação (verbal ou não-verbal) é um veículo transmissor e um elo de ligação, presente na díade ser-cuidador e ser-cuidado, indispensável à prestação de cuidados. Neste sentido, sendo a comunicação terapêutica imprescindível à arte de um cuidar humanizado e uma competência específica do EEEMC, uma vez que este “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2010b, p. 3), no concretizar dos estágios I, II e III, procurei desenvolver conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação terapêutica interpessoal, perspetivando o estabelecimento de uma relação de terapêutica com o doente e família. Deste modo, para estabelecer uma relação/comunicação terapêutica com o doente e família, desenvolvi estratégias de comunicação verbal e não-verbal, tais como: promover empatia/confiança, incentivar ao diálogo, comunicar com um tom de voz e uma linguagem adequados, transmitindo clareza e coerência na informação, perceber se foi compreendida a mensagem, evitando barreiras à comunicação, escuta ativa, demonstrar compreensão, não fazer juízos de valor, expressão facial, gestos, postura corporal e aparência física adequados, respeito pelo silêncio, oferecer suporte psicológico e emocional, reforços positivos, manobras de distração, toque terapêutico, se apropriado, manter o olhar atento, disponibilizar tempo, entre outras.

No estabelecimento de uma comunicação terapêutica importa ainda reportarmos ao princípio da dignidade humana, (Nunes, 2008b), que se encontra ancorado na

autonomia da própria pessoa e no respeito pelas suas opiniões, preferências, sentimentos, juízos, tolerância quanto às diferenças, convicções e valores de cada ser humano. Nesta medida, o doente sendo considerado na sua globalidade, como pessoa e um sujeito autónomo, desempenha um papel ativo em todos os seus cuidados de saúde, tendo o direito a receber informação sobre o seu estado clínico, bem como, deve ser respeitado na sua tomada de decisão esclarecida e livre, participando na envolvimento e no compromisso decorrente do processo terapêutico que lhe foi atribuído. Ao profissional de saúde compete reconhecer a importância do papel do doente, o mais ativo possível, no seu processo terapêutico e proporcionar o desenvolvimento de reforços positivos junto do mesmo, pois, contribuem para o êxito do cuidar (Neves & Osswald, 2014).

Nesta perspetiva, ao longo da minha atuação em cada ambiente da prática onde decorreram os estágios, transmiti informação adequada à pessoa doente, atendendo à sua capacidade de compreensão e expliquei todas as intervenções de enfermagem realizadas, esclarecendo dúvidas, sempre que necessário, uma vez que, observei ser um dos fatores que desencadeava alguma ansiedade e stresse, podendo neste sentido ser um vetor para agravar a sua situação clínica. Para além disto, nestas circunstâncias, a minha conduta teve em consideração o dever de respeitar a vontade, escolhas da pessoa doente, atendendo à sua capacidade de autodeterminação durante a prestação de cuidados, de modo que o seu direito ao consentimento informado pudesse ser respeitado, defendido e promovido, conforme estabelecido no artigo 84.º da Lei n.º 111/2009. Neste âmbito, considere ainda que “o doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam” (DGS, s.d., p. 9), da qual decorre o dever do sigilo profissional, transmitindo informação referente aos cuidados de enfermagem de acordo com a sua vontade expressa, sempre que possível e ao conteúdo que de informação poderia ser partilhado, respeitando e salvaguardando a sua privacidade e intimidade, bem como, protegendo os seus direitos e assegurando seu bem-estar.

Desta forma, a comunicação tem uma forte ligação com a qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro deve possuir um conjunto de competências comunicacionais em saúde, com a finalidade de lhe permitir identificar rapidamente as necessidades/problemas dos doentes, para que possa intervir e decidir de forma assertiva e incisiva na promoção da saúde, adesão a tratamentos, nas medidas para evitar a doença, tanto ao nível do indivíduo, como da família ou grupos e ainda potenciar a consciencialização e o envolvimento dos doentes no processo de aceitação da sua doença, cumprir recomendações clínicas, evitar

riscos, utilizar adequadamente os serviços de saúde, aumentar a literacia individual e de grupo e melhorar a saúde de todos (Sequeira & Cruz, 2016).

Tigulini e Melo (2002) referem que, principalmente, nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente afetada devido ao profissional de saúde que “corre contra o tempo”, à pessoa doente que se encontra em situação de risco de vida e a família que se depara com o medo das consequências. No contexto de atuação pré-hospitalar o enfermeiro necessita de aplicar diariamente competências relacionais e comunicacionais, visto que, se depara constantemente com pessoas sem diagnósticos e planos terapêuticos definidos, com problemas que não são passíveis de esclarecer naquele momento e que experienciam uma situação catastrófica potencial ou real e desconhecida, podendo ocasionar um elevado grau de stresse para a pessoa doente e a família (Germano, 2014).

O estágio III, realizado no ambiente pré-hospitalar, permitiu-me desenvolver competências comunicacionais e relacionais, tendo constatado que a relação/comunicação terapêutica estabelecida com a pessoa doente e família/pessoas significativas é, sem dúvida, um instrumento de trabalho de cariz fundamental no processo de cuidar, uma vez que, é uma excelente fonte de informação para realizar a colheita de dados/história clínica do doente, como a título de exemplo, permite saber a sua situação atual/antecedentes pessoais relevantes, circunstâncias da ocorrência, alergias, medicação habitual e última refeição, bem como, ajuda a conhecer melhor as escolhas, crenças e vontades do doente. O estabelecimento de uma comunicação terapêutica torna possível detetar precocemente a origem/causa do evento súbito ou acidental e implementar medidas de forma adequada e atempada, além de permitir envolver a pessoa doente e a família em todo o processo de cuidados. A comunicação eficaz neste contexto possibilita também ao enfermeiro transmitir informação e esclarecimentos sobre atitudes a adotar em situações idênticas. Neste estágio, estabelecer uma comunicação terapêutica efetiva com o doente e família, em simultâneo, com a rápida e assertiva gestão de cuidados, tornou-se um desafio, em especial, em situações em que o doente apresentava incapacidade de comunicar/alteração do estado consciência ou em situações de elevada ansiedade por parte da família, nas quais, procurei incidir, sobretudo, na comunicação não-verbal (aparência física, postura corporal, gestos, toque, expressão facial, olhar atento, entre outros), para que a comunicação promovesse uma intervenção holística provida de significado humano e terapêutico. Procurei também noutras situações incentivar à comunicação, sendo objetiva e utilizando termos simples, precisos e de forma clara, que facilitassem o intercâmbio comunicacional.

De uma forma similar, no contexto do estágio I realizado no SU, foi muito importante o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o doente crítico e família. A rapidez de atuação, a realização de técnicas e procedimentos terapêuticos devido à situação urgente/emergente, por vezes, ditavam a exigência de condutas de intervenção, por parte do enfermeiro, que levassem ao estabelecimento de uma comunicação terapêutica efetiva e adequada ao tipo de doente, baseada numa interação entre o doente-enfermeiro-família e, consequentemente, numa relação de reciprocidade terapêutica e confiança entre ambos. Esta experiência, permitiu-me constatar a importância de estar ainda mais desperta para desenvolver habilidades, atitudes, competências ao nível comunicacional e relacional em situação de emergência, uma vez que, estas técnicas de cariz diversificado e de acordo com cada caso particular, também podem ser aprendidas, desenvolvidas, treinadas e aprimoradas na forma como são aplicadas, compreendidas e aceites/validadas pelo doente/família, na medida em que facilita os mesmos a ultrapassar a situação-problema, que os conduziu ao SU ou a outro contexto da prática. Nestas situações, prestei ainda uma assistência no sentido de tranquilizar o doente, de forma a transmitir informação adequada, faseada e de acordo com as suas capacidades e necessidades. Este facto é esclarecido por Teixeira (2004), dizendo que a informação oferecida em saúde deve ser precisa, clara, acessível, credível, fácil de relembrar, deve ter consistência, ser baseada na evidência, personalizada à medida das necessidades de cada pessoa, naquele determinado momento e também moldada de acordo com a sua cultura e cognição.

No decorrer do estágio II, a UCIP, foi o ambiente da prática onde mais vezes desenvolvi estratégias de comunicação com o doente crítico submetido a ventilação mecânica invasiva (com dispositivos de intubação orotraqueal e traqueostomia), pela sua elevada prevalência neste contexto. Estes doentes por se encontrarem incapazes de comunicar verbalmente devido à ventilação mecânica, ao estado clínico e ambiente envolvente, (Henriques, Silva & Ferreira, 2012), necessitam de estratégias adequadas à sua situação clínica e que devem ser promovidas pelos profissionais de saúde.

Nesta ótica, o doente em ventilação invasiva pode estar consciente, mas o facto de não conseguir interagir verbalmente com a família e com o profissional de saúde pode levar ao desenvolvimento de sentimentos negativos (desamparo, inquietação, insegurança, frustração), dificultando o seu processo de recuperação. A otimização de estratégias pelo enfermeiro que permitam uma comunicação eficaz com este tipo de doentes, sobretudo, de comunicação não-verbal assumem um enorme relevo, pois, diminuem o stresse, ansiedade,

possibilitam ao doente interagir com o meio exterior e expressar sentimentos, emoções, necessidades e ainda através do incentivo da família, são motivados a participar nessa comunicação (Henriques et al., 2012). Neste contexto de intervenção, foi fundamental compreender que o estabelecimento da comunicação não-verbal (olhar, toque, movimentos e expressões corporais) é tão importante como uma comunicação verbal, na medida em que esta permite melhorar a ansiedade, angústia, medo e conflitos do doente/família, pelo estabelecimento de um clima de confiança e relação de ajuda, humanizador do cuidado suportado no respeito pela dignidade, privacidade, intimidade, escolhas do doente e onde a interação entre o enfermeiro, a pessoa doente e a família é essencial no processo de cuidar.

Um outro aspeto relevante acerca desta temática é a existência de comunicação em equipa favorável e eficaz, sendo vantajosa tanto para os enfermeiros como para os doentes, visto que, contribui para o bem-estar, satisfação, redução do stresse nos profissionais e propicia uma melhor resposta de cuidados para os doentes (Sequeira & Cruz, 2016). Nesta medida, a comunicação torna-se fundamental no cerne da atuação em equipa, nos mais variados contexto de atuação, onde a correta coordenação e rapidez promovem cuidados eficientes, de qualidade e segurança para o doente. Na minha intervenção em atividades/procedimentos realizados durante os três estágios, procurei desenvolver uma comunicação de forma clara, precisa e assertiva com a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, promovendo cuidados seguros, de qualidade, fomentando o espírito de atuação em equipa e assegurando a continuidade dos cuidados.

### **1.1.3. A família como foco de cuidados**

Um outro grande foco da abordagem holística do cuidar do enfermeiro, para além da pessoa doente, diz respeito à família/cuidador/pessoas significativas. A família é como um interlocutor no processo de cura do doente, demonstrando um papel tão importante como o seu próprio tratamento. Compete ao enfermeiro apoiar, utilizar, otimizar, potencializar o contributo positivo da família na cura do doente oferecendo-lhe as informações e um suporte emocional de acordo com as suas necessidades, de modo que possa contribuir e participar ativamente no cuidado do seu familiar (Benner, 2001).

Segundo a OE (2010b), o enfermeiro especialista “assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (p. 4). Neste âmbito, o enfermeiro no decurso do seu exercício profissional tem a responsabilidade de alertar, esclarecer e transmitir conhecimento adequado à pessoa doente

e família, tendo como objetivo, segundo o artigo 8.º do REPE, promover a saúde, estilos de vida saudáveis, favorecer a prevenção da doença, facilitar o tratamento e promover a reabilitação e reinserção social (OE, 2015b), assim como, deve facultar a informação necessária mediante as capacidades de cada um, certificando-se depois se a mensagem foi compreendida, de modo que estes consigam agir apropriadamente numa situação de urgência/emergência ou adaptar-se à sua condição atual de doença súbita/acidental.

Ao longo do estágio I, no SU, procurei envolver e integrar a família/cuidador ao longo da prestação de cuidados ao doente, apelando à sua participação durante a recolha de dados e solicitando informação sobre os antecedentes pessoais e o estado atual do doente, quando não era possível a colaboração do mesmo no momento da admissão, ao incentivar a sua permanência junto do doente, estimulando à participação na prestação de cuidados e promovendo a sua continuidade após a alta clínica, concedendo ainda esclarecimentos e oferecendo suporte psicoemocional, sempre que necessário. Segundo a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, o doente tem direito a receber acompanhamento de uma pessoa denominada por si, no momento da admissão no SU, competindo ao enfermeiro a responsabilidade de informar o utente sobre este direito, bem como, explicar que podem existir impedimentos de acompanhamento familiar, como em situações clínicas complexas, necessidade de realizar exames/técnicas, bem como, limitações na estrutura física no serviço.

Novais (2010) citando Vanriper (2005) afirma que “existe reciprocidade entre o estado de saúde de um dos membros e a saúde da família” (Novais, 2010, p. 169). Assim, a família ao estabelecer uma relação de interdependência com o doente, manifestada pelo suporte emocional e afetivo transmitido, facilita a sua recuperação (Bettinelli, Rosa & Erdmann, 2007). É com base nesta perspetiva, que a família se torna um elo fundamental e imprescindível em todo o processo personalizado de cuidados, com vista ao tratamento e recuperação do indivíduo, não podendo ser dissociado da prestação de cuidados do enfermeiro. Refiro, contudo, que em algumas situações a família só pode ser informada da condição do doente, quando este se encontra num estado de inconsciência, podendo gerar no seio familiar sentimentos de medo, inquietação, apreensão, fragilidade e dificuldade de aceitação, principalmente, se o estado do doente piorar. Ao nível desta dimensão de cuidados, o enfermeiro desempenha um papel crucial na sua vertente de competências tendo como foco de intervenção, a pessoa doente e a condição que esta vivência no momento atual, preservando a sua dignidade, valorizando ainda a família, envolvendo-a no cuidado e efetuando um acompanhamento personalizado no decorrer desta fase de maior



suscetibilidade. Desta forma, o enfermeiro tornar-se um elo facilitador, ao ajudar a pessoa doente e/ou a família a reajustar-se à situação atual de saúde/doença súbita e/ou accidental, através da implementação de medidas que visem oferecer apoio, conforto, orientação, informação, de modo a diminuir a sua preocupação e ansiedade.

Remetendo para a realidade de uma UCI, esta além de causar stresse, pode-se tornar um acontecimento assustador para o doente e família, desencadeando uma mudança repentina no funcionamento do sistema familiar, alterando a sua homeostasia, podendo gerar uma crise, sobretudo, se ocorrer de forma súbita e inesperada. A família tem, igualmente, que lidar durante o internamento com um ambiente que lhes é estranho e desconhecido, com um prognóstico incerto, tendo que se adaptar a novos papéis na prestação de cuidados e se inserir na equipa multidisciplinar. Nesta ótica, o enfermeiro ao desenvolver uma relação terapêutica com o doente e família e ao conhecer as suas necessidades em termos emocionais tem ao seu alcance um conjunto de estratégias que lhe permitem direccionar a sua atuação, pela implementação de ações, de modo que se estabeleça um equilíbrio familiar (Novais, 2010).

Neste seguimento, os familiares ao entrarem numa UCI podem desenvolver um misto de sentimentos (como por exemplo: ansiedade, desespero, angústia, tristeza), devido ao estado crítico do seu familiar. Compete ao enfermeiro, promover um clima de confiança e segurança, baseado na relação de ajuda, estabelecendo empatia com os familiares, encorajando-os a expressar emoções/sentimentos e ajudando-os a superar esta fase/crise no seio familiar. Assim sendo, na UCIP, durante o momento da visita da família/pessoas significativas, foi essencial realizar esta preparação e envolvimento, por parte de toda a equipa de enfermagem, no sentido de transmitir informação, efetuar esclarecimentos e disponibilizar suporte psicoemocional, por forma a desmitificar medos e diminuir a sua ansiedade. Foi nesta atitude, que empenhei a minha intervenção na abordagem à família ao longo do estágio no ambiente de cuidados intensivos. Um outro aspeto importante e limitador na abordagem à família, que deveria ser ponderado, era a existência na UCIP de um local mais reservado, acolhedor e apaziguador para assistir a família, em especial, em situações de maior vulnerabilidade emocional.

Ao longo dos três estágios I, II, III, constatei que nos diversos ambientes da prática experienciados, o enfermeiro tem a responsabilidade de promover o acolhimento/receção, integração, envolvimento e acompanhamento da família no processo de cuidar, visto que, o facto do doente sentir a presença dos seus familiares é de

importância quase tão vital para a sua melhoria e rápida recuperação como as intervenções técnicas e terapêuticas, sendo o resultado da existência de um vínculo afetivo/emocional, pelos laços familiares existentes entre o doente e os seus familiares, o qual, promove na pessoa doente um estado de bem-estar, fruto do apoio emocional recebido, do carinho e esperança, que se reflete na melhoria das suas funções psicofisiológicas. Por outro lado, pode gerar-se uma situação antagónica no sentido em que a família, devido ao seu estado de ansiedade, insegurança, incerteza, incredulidade, pela probabilidade da existência de uma possível perda do seu familiar exige uma intervenção terapêutica específica. Nesta situação é fundamental o enfermeiro estar habilitado com o desenvolvimento de competências de abordagem à família, como unidade de cuidado, tornando-se assim ser um profissional de saúde diferenciado pela implementação de estratégias de intervenção na crise familiar vivenciada pelo doente-família, em contexto intra-hospitalar ou extra-hospitalar. Deste modo, alguns exemplos dessas estratégias podem ser, por exemplo: ajudar a interpretar a situação/problema sob os seus vários prismas de resolução e enfrentamento, direcionando sempre para um olhar positivo os acontecimentos, por forma a manterem uma atitude calma para ajudarem o seu familiar no processo de tratamento/recuperação e adaptação social. O disponibilizar informação adequada consoante as necessidades da família e do doente, esclarecer dúvidas, não criar juízos de valor pelos sentimentos/emoções expressados, ajudar a estabelecer um ambiente de aceitação e demonstrar que podem confiar no profissional de saúde, mostrando uma atitude de receptividade, aproximação, escuta ativa e realizar ensinamentos promotores da continuação de cuidados, entre outras, são ainda estratégias que enfermeiro pode implementar na abordagem ao doente e família, no sentido de ajudar a enfrentar uma situação saúde/doença ou crise familiar.

## **1.2. Os desafios da enfermagem em situação de catástrofe e emergência multivítima**

A emergência multivítima é definida como uma situação que abrange um elevado número de vítimas, de forma a modificar o funcionamento usual dos serviços de emergência e a prestação de cuidados de emergência. Este conceito pressupõe ainda a existência de “um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis” (OE, 2011, p. 2).

A noção de catástrofe segundo o artigo 3.º da Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho, que autoriza a Lei de Bases da Proteção Civil, consiste num “acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Deste modo, o aparecimento de situações de catástrofe e emergência multivítima nos diversos contextos de atuação, intra-hospitalares ou extra-hospitalares, constitui um dos maiores desafios para a Enfermagem contemporânea, pelo aumento da prevalência a nível mundial de incidentes desta índole em particular, assim como é afirmado por Bandeira (2008), os efeitos limitados provenientes de catástrofes em diferentes países, tem uma elevada frequência e relacionam-se diretamente com a evolução tecnológica. Assim sendo, estas situações implicam, por conseguinte, a necessidade de existirem equipamentos tecnológicos avançados, equipas de profissionais treinados e dotados de formação específica nesta área, capazes de prestar um atendimento atempado, com vista ao salvamento do maior número de vidas, com o mínimo de sequelas possível.

Em Portugal, o organismo responsável por planear e ativar os planos de emergência, que permitem coordenar e organizar os acontecimentos relativos a uma situação de catástrofe ou acidente de elevada proporção é a Autoridade Nacional de Proteção Civil, contudo, perante a necessidade de ser prestado o socorro em situações de exceção, tal como, numa catástrofe natural ou provocada pelo Homem é da competência do INEM, assegurar e coordenar a área respeitante à saúde, estabelecendo a interligação com os CODU das áreas de influência, que após a ativação do SIEM, procedem ao envio para o local de todas as equipas e meios de intervenção necessários (Mateus, 2007).

Conforme o artigo 100.º, alínea d), do Estatuto da OE (2015b), o enfermeiro tem o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (p. 81). Daqui depreende-se que o enfermeiro ao intervir numa situação de catástrofe e/ou emergência multivítima, terá que remeter as suas aptidões e competências específicas para uma dimensão de elevados conhecimentos neste âmbito, uma vez que poderão existir, simultaneamente, dependendo do tipo de acontecimento, várias pessoas em situação crítica a necessitarem dos seus cuidados.

Nesta sequência, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista tem a

responsabilidade de utilizar uma metodologia com vista à obtenção de cuidados organizados, eficientes, eficazes e promotores de qualidade, durante prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em resposta a um acontecimento catastrófico ou em caso de uma emergência multivítima (OE, 2011). Neste sentido, torna-se fundamental que se constituam equipas com formação e preparação específica para conceder o devido socorro nestas circunstâncias.

A este nível é de denotar, que na gestão de uma catástrofe é necessário “preparação, resposta e recuperação (...), a catástrofe pressupõe também saber se as disposições teóricas e os meios existentes funcionam eficazmente numa situação real, algo que as simulações ajudam a verificar” (Porto, 2007, p. 171). Em concórdia, o INEM (2000), realça dizendo que as catástrofes constituem acontecimentos raros e fortuitos e é através de um planeamento adequado que será possível organizar a desorganização; melhorar a coordenação dos recursos existentes, sendo para isso necessário formar e preparar os profissionais com recurso a práticas de treino, como simulacros, que permitem melhorar continuamente a capacidade de resposta e a metodologia de atuação dos profissionais nestas circunstâncias de especificidades próprias.

O EEEMC tem a responsabilidade de dinamizar a resposta em situação de catástrofe ou emergência multivítima, desde a conceção até à ação, porém, apesar da documentação histórica indicar que este tipo de acontecimentos, em Portugal, tem uma reduzida incidência é necessário que o enfermeiro adquira conhecimentos, saberes e competências nesta área, de forma a estar apto para intervir de forma assertiva, eficiente e eficaz no momento exato. Assim, em situação de catástrofe e/ou emergência multivítima, o enfermeiro especialista “planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe; gere os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe” (OE, 2010b, p. 4).

Na minha passagem pelo INEM, enquanto aluna estagiária, vivenciei situações de ativação para ocorrências que envolviam pessoas multivítimas, devido a acidentes de viação. Estas situações necessitam por parte do enfermeiro e da equipa multidisciplinar, uma intervenção altamente diferenciada, um elevado grau de conhecimentos, destreza e habilidade em técnicas e uma adequada gestão de stresse ao nível físico, psicológico e emocional, onde por vezes, têm que atuar em circunstâncias com condições adversas e/ou caóticas, tendo como principal premissa, prestar cuidados a várias vítimas, em simultâneo, identificando rapidamente padrões de sintomas, sinais e prováveis diagnósticos,

implementando soluções de forma rápida e eficaz. Nesta medida, atuam para salvar o maior número de vidas possível, no menor espaço de tempo, perspetivando a diminuição da morbilidade e mortalidade.

Esta experiência revelou-se extremamente enriquecedora, uma vez que, assisti e participei em diversas intervenções de enfermagem, em especial, na avaliação do local e segurança, abordagem inicial das vítimas, estabilização, transporte primário e transferência, com vista ao tratamento definitivo no Hospital apropriado ao seu estado de saúde. No decurso da prestação de cuidados, estabeleci uma comunicação interpessoal com a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, adaptando-me às diferentes situações promovendo desta forma o trabalho em equipa e cooperando para um objetivo comum. A comunicação em equipa foi também muito importante para a resolução eficaz de problemas e para garantir a sua adequada coordenação. Estabeleci, de forma similar, uma comunicação efetiva com as pessoas vítimas nestas circunstâncias, tentando transmitir calma, explicando os procedimentos de enfermagem realizados, visto que, este objetivou ser igualmente um cuidado importante nesta situação, pela preocupação e necessidade incessante e manifestada, por elas, em saber como se encontrava o seu estado de saúde, assim como, o dos seus familiares/pessoas significativas envolvidos no mesmo evento crítico e que recebiam também, naquele momento, assistência em cuidados de saúde.

O estágio I, realizado no SU, permitiu-me experienciar, analogamente, uma situação de emergência multivítima resultante de acidentes de viação e onde após poucos minutos da sua chegada surgiu também a entrada emergente de outras vítimas de doença súbita, gerando-se uma situação de diversas vítimas em estado crítico, na sala de emergência, provenientes de vários eventos emergentes. Neste contexto, participei na prestação de cuidados de enfermagem especializados intra-hospitalares ao doente emergente, efetuando a sua avaliação primária por prioridades (ABCDE), avaliação secundária de forma sistematizada, rápida e adequada e avaliação terciária, promovendo assim cuidados seguros, integrais e de qualidade. Foi ainda importante observar a liderança efetuada pelo líder da equipa de enfermagem, como elemento central, na sala de emergência, a definição prévia de tarefas pelos restantes elementos da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, os níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão em enfermagem, a gestão e a supervisão de cuidados, bem como, a antevisão efetuada relativamente às necessidades de recursos ou potenciais focos de instabilidade e complicações no doente. Nesta perspetiva, ressalto, que no âmbito desta especialidade,

além do acréscimo de conhecimentos e práticas de atuação, o enfermeiro desenvolve, de igual modo, competências na capacidade de coordenar a equipa de enfermagem, estabelecendo ligação entre esta e a equipa multidisciplinar.

O enfermeiro especialista deve ainda demonstrar conhecimentos sobre o Plano Distrital/Nacional para uma situação de catástrofe e emergência (OE, 2010b). No que diz respeito, ao Plano de Catástrofe ou de Emergência Externa do SU, elaborado para dar resposta a este tipo de situações, foi-me concedida a oportunidade de o consultar. O seu objetivo consiste em “assegurar uma atuação eficaz, em casos de afluxo maciço de vítimas ao SU, no sentido de minimizar a morbilidade e a mortalidade” (HUC, 2010, p. 1). Este plano, de acordo com a fonte acima citada, define um conjunto de ações ordenadas a realizar pelos profissionais e as suas responsabilidades em casos de emergência externa e, nos quais, o Hospital tem que proporcionar uma resposta de forma adequada e em tempo útil. Neste contexto, considero ser fundamental a existência de planos de intervenção apropriados, que garantam uma resposta adequada, segura e eficaz, no sentido de se minimizarem possíveis efeitos provenientes de uma situação de emergência ou catástrofe.

Um outro aspeto importante relativamente a situações de catástrofes e referido por Serra (2007) é que estas, por vezes, podem-se apresentar como acontecimentos de ordem traumática, afetando um elevado número de indivíduos, famílias ou mesmo populações inteiras. Em consonância, Porto (2007) ao mencionar Gomes (2006), realça que a capacidade de um acontecimento derivado de uma situação de catástrofe poderá a curto ou longo prazo desencadear sofrimento a nível psicológico no seio de uma comunidade, tornando-se indubitavelmente “ (...) maior do que a soma aritmética do sofrimento causado a cada indivíduo que foi vítima da catástrofe nessa comunidade” (Porto, 2007, p. 175).

Nesta linha de pensamento, depreende-se que em eventos potencialmente traumáticos, derivados de uma catástrofe, emergência multivítimas ou outro incidente crítico vivenciado, o enfermeiro especialista deve ter capacidade de ajudar a gerir acontecimentos no âmbito da inteligência emocional da pessoa doente e família/pessoas significativas ou grupos de pessoas e que podem desencadear, nos mesmos, sentimentos negativos (medo, ansiedade, angústia, desamparo). O enfermeiro deve ter como alvo de atenção durante a sua prestação de cuidados em situações de emergência, as respostas humanas inerentes aos processos de transição e necessidades de vida de cada pessoa doente e da família onde se inserem, os quais, se apresentarem estratégias insuficientes para enfrentar estes acontecimentos poderão despoletar uma reação aguda de stresse, geradora

de diversos tipos de reações físicas/emocionais/cognitivo-comportamentais (como negação, desespero, entre outras), resultantes da situação em que se encontram envolvidos. Sendo assim, o enfermeiro tem a responsabilidade de se constituir como um elemento facilitador neste processo de grande impacto emocional/stresse intenso no sentido de ajudar o doente e a família a desenvolverem estratégias adequadas para diminuir a ansiedade, a dor física e psicológica, entre outras, consoante cada circunstância, recorrendo às suas habilidades de relação de ajuda. De uma outra forma, o enfermeiro deve incentivar/encorajar, os mesmos, a manifestarem as suas inquietações/preocupações, oferecendo-lhes um suporte psicossocial adequado, transmitindo segurança e confiança, auxiliando e esclarecendo dúvidas de acordo com a sua cultura e etapa de vida. É de denotar que em certas situações e em função dos problemas detetados é ainda necessário solicitar outros recursos, nomeadamente, a intervenção de psicólogos do INEM.

A este nível, realço, que o INEM também disponibiliza informação no sentido de sensibilizar e consciencializar a população sobre medidas adequadas a tomar em situação de emergência, bem como, medidas de prevenção e autoproteção a adotar (INEM, 2000), sobretudo, através de sessões de *Mass Training*.

Neste seguimento, importa salientar, que o cuidado prestado pelo enfermeiro, enquanto profissional do cuidado, tem um carater humanizado, acompanha o percurso existencial da pessoa e a situação concreta que esta vivencia. A relação estabelecida entre o enfermeiro-pessoa cria uma interação profissional, onde a pessoa cuidada, se constitui como um outro ser próximo e com o qual o profissional assume um compromisso de cuidado, onde está subjacente a dignidade de enfermagem no cuidado prestado à pessoa cuidada. Neste âmbito, o agir profissional do enfermeiro, na sua essência consciente e intencional, deve cumprir uma interpretação de ordem técnico-científica, relacional, humanizadora, cultural e baseada nos princípios da moral (Nunes, 2011).

No decurso dos estágios I, II e III, não me foi possível, no entanto, cooperar na prestação de cuidados de enfermagem em resposta a situações de catástrofe no que se refere à ação propriamente dita, pela inexistência deste tipo de ocorrências durante o período de tempo em que frequentei os estágios. As situações de catástrofe não são habituais no quotidiano dos serviços de emergência, porém, é importante ter formação específica, estar preparado, possuir competência e intervir de forma eficiente, quando necessário. Para o desenvolvimento desta competência e colmatar esta situação, efetuei pesquisas bibliográficas durante os estágios relativas a esta temática e obtive conhecimento

sobre o Plano Hospitalar de Emergência Externa no decurso do estágio I. Além disso, no curso de mestrado foi proporcionada, no âmbito da disciplina de Enfermagem em Urgência e Emergência, uma visita ao Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira, onde participei numa simulação decorrente de um caso de EPH, com triagem multivítimas e montagem de um Posto Médico Avançado. Esta experiência prática foi importante para o meu percurso de aprendizagem, possibilitando-me compreender melhor como se organizam e uniformizam as diferentes formas de intervenção perante uma situação de catástrofe ou emergência multivítima, no que respeita aos diferentes meios de socorro, execução de procedimentos, gestão de cuidados às vítimas, recursos humanos e materiais de modo a melhorar a qualidade da assistência.

Assim sendo, considero que toda esta aprendizagem e experiência prática foi extremamente importante e contribuiu para a aquisição de competências nesta área, permitindo-me obter um conjunto de conhecimentos apreendidos no âmbito do doente crítico em situação de emergência multivítima e catástrofe, devendo tê-los sempre presentes e atualizados para intervir adequadamente nestas situações.

### **1.3. O impacto da prevenção e controlo da infeção no cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), podem ser adquiridas por utentes e profissionais de saúde e estão relacionadas com a prestação de cuidados, independentemente, do local onde são prestados e do nível desses cuidados (DGS, 2008a).

Desta forma, as IACS são consideradas um problema de saúde pública, causando uma enorme taxa de morbilidade e mortalidade e aumento dos custos em saúde. Nesta medida, o impacto da prevenção e controlo das IACS no cuidar da pessoa em situação crítica é imprescindível conduzindo, indubitavelmente, à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como, à sua segurança, principalmente, no âmbito das UCI devido ao avanço tecnológico de diversos procedimentos invasivos, doentes imunodeprimidos e resistência provocada pelos medicamentos antimicrobianos (Dias, 2010). A existência de um risco de transmissão de infeção está patente em toda a prestação de cuidados, sendo que a sobrelotação de doentes nos serviços, a falta de profissionais de saúde para que possam cuidar somente dos doentes infetados e/ou colonizados, as transferências intra-hospitalares ou inter-hospitalares e os doentes críticos internados em unidades específicas, como UCI, convergem para o alto do risco de transmissão cruzada de



IACS (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). As principais medidas de prevenção e controlo de infeção, centram-se por um lado, na execução de boas práticas, como: “precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos” (Pina et al., 2010, p. 27).

Neste âmbito, a existência de normas, condutas e protocolos nas instituições de saúde apoiadas numa matriz científica com recurso a *guidelines* nacionais e internacionais atualizadas, assumem uma importância capital, como forma de uniformizar e elucidar os profissionais relativamente aos procedimentos de prevenção da infeção associada à prestação de cuidados de saúde. Nesta sequência, é de realçar a Norma n.º 029/2012, emitida pela DGS, a qual, refere que o doente admitido numa Unidade de Saúde é, potencialmente, um foco de colonização ou infeção por microrganismos, podendo-se tornar um reservatório ou uma fonte para a possível transmissão cruzada de infeção. Sendo assim, esta Norma preconiza dez critérios, relativos às Precauções Básicas de Controlo de Infeção a serem considerados durante a prática clínica, tais como: a correta colocação de doentes; adequada higienização das mãos; realização da etiqueta respiratória; uso apropriado do equipamento de proteção individual; descontaminação dos equipamentos clínicos reutilizáveis; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha correta e segura de resíduos; instituir práticas seguras durante a preparação e administração de injetáveis; e a exposição a agentes microbianos, no local de trabalho (DGS, 2012).

Deste modo, inserido no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS, existe uma Comissão de Controlo de Infeção, ao nível das unidades de saúde, que promove uma cultura de prestação de cuidados com qualidade e segurança para o doente, através da implementação de normas na prática diária de todos os profissionais de saúde, que contribuem para a prevenção e o controlo das IACS (DGS, 2008). Neste sentido é, fundamental, que os enfermeiros e a equipa multidisciplinar no decurso da sua prestação de cuidados possuam conhecimentos atualizados e demonstrem competências sobre as normas de prevenção e controlo das IACS.

O enfermeiro especialista, sendo um elemento de referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, tem como competência específica, maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo da infeção, devendo neste sentido conceber um plano de prevenção e controlo de infeção, que responda às necessidades de cada contexto da prática, bem como, liderar o desenvolvimento de

procedimentos para controlar a infeção, segundo as normas de controlo de prevenção, nomeadamente, das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. Assim, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos específicos sobre higiene hospitalar e transmitir informação adequada sobre as normas de prevenção e controlo de infeção, fazendo cumprir os procedimentos estabelecidos e os circuitos requeridos pela instituição sobre o controlo da infeção (OE, 2010b).

Neste seguimento, para a aquisição desta competência específica, apliquei as medidas atuais e em vigor, emanadas pela DGS, para a prevenção e controlo de IACS, garantindo uma melhor qualidade de cuidados e contribuindo para a segurança dos doentes, nos diversos ambientes da prática onde decorrem os estágios I, II e III. A minha conduta nos três estágios foi patenteada pela aplicação das precauções básicas de controlo de infeção, durante a realização de todos os procedimentos, particularmente, pela correta realização dos cinco momentos de higienização das mãos, de acordo com o modelo conceptual proposto pela Organização Mundial de Saúde, na seguinte sequência: “1. Antes do contacto com o doente; 2. Antes de procedimentos limpos/assépticos; 3. Após risco de exposição a fluídos orgânicos; 4. Após contacto com o doente; 5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente” (DGS, 2010, p. 3), pela aplicação dos equipamentos de proteção individual de uso padronizado e, adicionalmente, as precauções específicas de acordo a via de transmissão (contacto, gotícula, via aérea). Procedi ainda ao uso da correta técnica assética antes, durante e após a realização de procedimentos invasivos, aquando do manuseio de cateteres venosos centrais, cateteres intra-arteriais, colocação e manuseio de cateteres urinários, cateteres venosos periféricos, sistemas para drenagem torácica, no local cirúrgico, execução de pensos, na preparação, manipulação e administração de medicação e em procedimentos realizados nas vias aéreas inferiores, como a realização da correta etiqueta respiratória durante o procedimento de aspiração de secreções traqueobrônquicas. Deste modo, em situações de admissão da pessoa em situação crítica, identifiquei a complexidade de cuidados inerentes ao seu estado de saúde/doença, aplicando medidas preventivas de isolamento em determinadas patologias específicas, designadamente, em doentes que apresentassem fatores de risco aquando da admissão na UCIP, relacionados com a suspeita de *MRSA*, (agente etiológico mais frequente de IACS resistentes a antimicrobianos), cuja elevada taxa de infeção em Portugal, assume um carater endémico (DGS, 2014). Assim, no sentido de prevenir e controlar a disseminação desta bactéria no meio hospitalar e reduzir a sua incidência, após a realização do plano de cuidados,

implementei intervenções como medidas preventivas desta infeção, tais como: a realização da higiene corporal do doente, com toalhetes de gluconato de clorohexidina a 2%, pelo menos durante cinco dias após a admissão, assim como, a realização de higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por turno, até se obter o resultado das zaragatoas nasal e/ou da ferida, colhidas inicialmente para despiste, de acordo com o protocolo existente nesta unidade sobre a prevenção da transmissão cruzada da colonização ou infeção por *MRSA*.

De seguida, abordo mais em pormenor, a minha atuação relativamente à temática da prevenção e controlo da infeção, nos três contextos onde incidiram os estágios.

O meio pré-hospitalar, devido à sua especificidade, comporta um potencial risco para a vítima e os profissionais de saúde, em particular, pela atuação, rapidez e emergência com se efetuam determinados procedimentos, pela imprevisibilidade das situações e gravidade das vítimas, sendo essencial a implementação de medidas que previnam a ocorrência de possíveis infeções e complicações decorrentes da prática clínica. Assim como é evidenciado por Martins (2014), os profissionais que atuam na EPH estão mais propensos aos riscos biológicos, uma vez que, manuseiam materiais e equipamentos com fluidos orgânicos em intervenções emergentes e de elevado stresse. Neste sentido, os profissionais devem atender a medidas que possam minimizar a exposição, através da adesão às precauções padrão e uso apropriado de equipamentos de proteção individual.

Neste âmbito, o INEM (2012b) destaca potenciais riscos a que os profissionais de saúde devem estar atentos, como por exemplo: riscos de origem ambiental (choque elétrico, explosão, tráfego, derrocadas); toxicológica (exposição a fumo, gás ou outros tóxicos); infecciosa (doenças infecciosas). Em concordância Soerensen (2008), salienta outras dificuldades relacionadas com o risco, tais como: os ambientes hostis e de difícil acesso à vítima; a constituição do espaço físico da ambulância (espaço limitado para se realizarem certos procedimentos/técnicas, por vezes, com o veículo parado ou em movimento a alta velocidade; iluminação inadequada; posturas prolongadas e inadequadas; ruído); risco de acidente com material corto-perfurante; risco de acidente à integridade física e moral. Para além disto, existem os riscos ergonómicos (esforço físico intenso devido a levantamentos e transporte manual de vítimas e equipamentos); a elevada carga psicológica despendida, entre outros (Sousa, Souza & Costa, 2014).

A este propósito, no contexto pré-hospitalar primei a minha atuação no sentido de privilegiar a minha segurança pessoal, bem como, da equipa e do doente, não prejudicando

a prestação de cuidados e considerando a existência de reais ou potenciais riscos de infeção e de segurança relacionados com o local, a abordagem à vítima e durante o transporte, de forma a garantir cuidados adequados, nomeadamente, pelo correto e seguro posicionamento do doente e acondicionamento dos equipamentos clínicos até chegar à Unidade de Saúde.

No âmbito da prevenção e controlo da infeção, realizei também a seleção/triagem e o encaminhamento correto de resíduos, uso de técnicas adequadas de limpeza e desinfecção de material e equipamentos clínicos reutilizados e procedi de acordo com o correto circuito de re-esterilização de determinados materiais, no meio pré-hospitalar e intra-hospitalar. No estágio III, zelei ainda pela manutenção da célula sanitária da ambulância, de forma a contribuir para prevenção e controlo da infeção decorrente da prestação de cuidados de saúde. Ao longo da minha prática, supervisionei a eficácia dos processos de limpeza e desinfecção, efetuada pelos assistentes operacionais e pelos TEPH, nas superfícies do ambiente de prestação de cuidados/unidade do doente e nos equipamentos utilizados, consoante cada contexto particular de atuação, como medida de prevenção e controlo da infeção, de forma a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que esta é, igualmente, uma competência comum do enfermeiro especialista, em que este “Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (OE, 2010a, p. 8).

No contexto do SU, a prevenção e o controlo de infeção tornam-se um desafio constante, pois, este serviço é para os doentes, o primeiro contacto estabelecido com o Hospital, pela urgência/emergência com que se efetuam certos procedimentos salva-vidas e dada a elevada afluência de doentes que se poderão constituir com um reservatório para o desenvolvimento de microrganismos multirresistentes. Neste sentido, no decurso do estágio I a minha intervenção foi pautada pelo cumprimento das normas, emanadas pela DGS, para a prevenção e controlo de IACS e segurança do doente, descritas anteriormente ao longo deste tópico. Deste modo, promovi estratégias que prevenissem a transmissão de infeção cruzada e permitissem uma prática segura, através da realização da higienização das mãos, na utilização de equipamento de proteção individual (não só de uso pessoal, mas também a doentes com determinadas patologias específicas, tais como: a colocação de máscara cirúrgica a doentes que se apresentavam imunodeprimidos, com patologia pulmonar e transplantados recentemente a cirurgia cardíaca), durante a realização de procedimentos invasivos, na realização da etiqueta respiratória recorrendo à aspiração de

secreções com técnica asséptica no doente em ventilação mecânica invasiva, na aplicação de práticas seguras durante a preparação e administração de injetáveis, no uso correto do material corto-perfurante, na recolha segura de resíduos e na correta colocação de doentes. Considerei também a prevenção de uma potencial infeção associada ao risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, realizando a mobilização e alternância de decúbitos, de acordo com o estado clínico do doente e atendi à elevação das grades visando a prevenção de queda accidental e promovendo a segurança do doente, estabelecendo desta forma estratégias para a gestão de risco e manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Na minha passagem pela UCIP, procurei desenvolver conhecimentos na área de prevenção e controlo da infeção em resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. A maioria dos doentes, nestas unidades, necessitam de suporte ventilatório para sobreviver face à sua condição crítica, por este motivo, irei incidir na prevenção relacionada com a PAI, pelo seu caráter perentório e, em especial, de uma forma generalizada neste contexto clínico, assim como afirmam Lima, Pace, Medeiros, Virgínio (2007), cerca de 27% das pneumonias adquiridas em meio hospitalar, são adquiridas em UCI, sendo o principal fator de risco a ventilação mecânica e estando o utente submetido a ventilação endotraqueal. A taxa de mortalidade da PAI é de 24 a 50%, podendo ser de 76%, quando causada por microrganismos multirresistentes.

Os autores supracitados, salientam, que é necessário acionar um conjunto de intervenções preventivas, de modo a diminuir os riscos e o aparecimento de uma PAI, referindo ainda, como medidas preventivas, a higienização das mãos para evitar a infeção cruzada, a colonização do trato aero-digestivo e a aspiração de secreções contaminadas pelo doente para a via aérea inferior. Assim, a realização do procedimento de aspiração de secreções com técnica assética, na UCIP, era realizada aos doentes ventilados mecanicamente, por intubação orotraqueal ou traqueostomia, com vista a melhorar a ventilação-oxigenação dos alvéolos, as trocas gasosas e prevenir a PAI.

Neste seguimento, foi emitida pela DGS, a Norma n.º 021/2015, onde consta que a “pneumonia associada à intubação é a pneumonia que surge em doente com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em doente que foi extubado há menos de 48 horas” (p. 5). De acordo esta Norma, existe atualmente um algoritmo clínico, o qual, contempla um “feixe de intervenções”/*bundles*, que ao serem aplicadas permitem a prevenção da PAI.

Deste modo, após consulta dos programas instituídos para o controlo da infeção, como medidas de prevenção da PAI, procedi à higienização das mãos e ao uso de medidas

universais ou específicas (avental, máscara, luvas esterilizadas) e apliquei outras medidas preventivas neste âmbito, segundo a Norma n.º 021/2015, emitida pela DGS e que constam no “feixe de intervenções”, tais como: a elevação da cabeceira do leito igual ou superior a 30º, se a situação clínica do doente o permitisse, evitando momentos de posição supina, diminuindo o risco de aspiração; a realização de cuidados de higiene oral, utilizando gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por dia; e aspiração da orofaringe antes de cada mobilização no leito e avaliação da pressão do cuff, mantendo-a entre 20 – 30 cmH<sub>2</sub>O. Estas medidas de controlo das secreções orais, evitam desta forma a passagem de bactérias e a migração de secreções para os brônquios. Procedi ainda à aspiração traqueobrônquica com técnica asséptica, segundo o estado clínico do doente e a sua necessidade, por vezes, evidenciada por sinais indicadores da presença de secreções, nomeadamente, a existência de ruídos adventícios auscultatórios, variação dos parâmetros ventilatórios (volume/pressão) e diminuição da saturação periférica de oxigénio. Efetuei, de igual modo, a aspiração subglótica, cujo principal objetivo consiste em remover as secreções acumuladas ao nível da região subglótica, evitando a colonização da via aérea inferior por microrganismos. Realizei também outras intervenções para a prevenção da PAI, que consistiram em averiguar diariamente o estado de sedação do doente, avaliando, revendo e titulando o seu nível para o mínimo adequado ao tratamento do doente; verificar a adaptação do doente ao padrão ventilatório, avaliando a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; e manter os circuitos ventilatórios, substituindo-os somente quando se apresentavam disfuncionantes ou sujos.

As consequências das IACS podem ser nefastas, aumentando o tempo de internamento para o doente, os tratamentos invasivos, os custos em saúde e a morbimortalidade. Nesta perspetiva, torna-se imperativo que ao longo da prestação de cuidados, (Pina et al., 2010), existam precauções básicas de isolamento, que possam contribuir grandemente para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, uma vez que, funcionam como um suporte no controlo de infeção e constituem a primeira barreira de segurança nos cuidados de saúde, acarretando uma melhor qualidade dos cuidados e despoletando, conseqüentemente, uma maior segurança para os doentes.

Sendo assim, todas as recomendações de boa prática evidenciam a intervenção no controlo das IACS, através de medidas preventivas mais esclarecedoras e exequíveis, que quando implementadas em conjunto, causam um maior impacto preventivo e melhores resultados em saúde (Dias, 2010). O risco de infeção pode comprometer a qualidade dos

cuidados de saúde prestados. A prevenção da infeção associada à prestação de cuidados de saúde deve ser um foco de atenção na gestão de cuidados. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro especialista contribua e promova boas práticas que visem a prevenção e controlo das IACS, pelo desenvolvimento de conhecimentos e implementação de estratégias em cada contexto específico, gestão de cuidados, liderança e capacitação de equipas nesta área, visto que, estas se refletem num ambiente terapêutico seguro e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Ao longo da minha intervenção nos diferentes estágios, considerei as precauções padrão para a prevenção e controlo das IACS à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, com o objetivo de promover a segurança dos cuidados e uma maior qualidade dos mesmos ao minimizar possíveis riscos de infeção para os doentes nestes contextos.

#### **1.4. Da aprendizagem refletida ao desenvolvimento profissional**

A necessidade urgente e permanente de atualização e a melhoria da qualidade no local de trabalho têm desencadeado no profissional a procura de novos desafios relacionados com a formação contínua em Enfermagem e, à qual, se associa um papel essencial ao nível de processos de inovação e mudança, de conhecimento e competências profissionais, de forma a promover a saúde e a garantir a adequação, assertividade, eficiência e efetividade dos cuidados prestados (Nascimento & Ferrão, 2016). Segundo as autoras anteriormente mencionadas, a formação pós-graduada contribui grandemente para expandir o conhecimento, reinventar a prática clínica, transformar e completar o enfermeiro e ainda afirmar a profissão a nível social, face às exigências, complexidade de estados de saúde/doença e de cuidados de enfermagem.

Os momentos de reflexão sistemática e permanente auxiliam na valorização e influenciam o desenvolvimento de uma prática do cuidar mais consistente e adequada. O formando em contexto de ensino clínico constrói a sua própria aprendizagem no sentido de adquirir um leque de conhecimentos, aptidões e competências, quer ao nível pessoal quer ao nível profissional. A aprendizagem desenvolvida de carácter científico, técnico, relacional e de transformação interior contínua, surge como consequência da exposição sucessiva a um conjunto de situações de alta complexidade e não familiares, resultantes do contexto onde se insere e perante, as quais, tem que pensar, decidir e atuar rapidamente, gerindo ao mesmo tempo as suas emoções, lidando e resolvendo situações-problema no

âmbito ético e deontológico, tornando-se gradualmente mais autónomo no seu desempenho (Abreu, 2007).

Assim, ciente de que “é a formação que constrói o papel da enfermeira e ajusta, a esse papel, a prática dos cuidados prestados pelas enfermeiras” (Collière, 1999, p. 111) e como refere Le Boterf (1996) citado por Hesbeen (2001), “a formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente, se transformarão em competências” (Hesbeen, 2001, p. 73), considero que o percurso de aprendizagem construído e desenvolvido durante este curso de mestrado, me impulsionou para um colossal momento de reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação e para uma evolução profissional e pessoal, como enfermeira.

Neste âmbito, geri e interpretei de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada, o que me permitiu ampliar conhecimentos, aptidões e saberes, no cuidar da pessoa e família em situação crítica, em diversas realidades de atuação, desde o Socorro Pré-hospitalar ao Hospital, passando pelas áreas Pré-hospitalar, Urgência e Cuidados Intensivos, de forma a adquirir competências, como enfermeira especialista, inerentes a uma visão diferenciada sobre a Enfermagem, compatível com as competências de 2.º ciclo em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A aprendizagem vivenciada neste campo de ação do enfermeiro, atendeu a uma vertente teórico-prática obtida, primeiramente, em espaço académico e depois em contexto de ensino clínico, que contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos, saberes e o aumento da consciência crítica no contexto de urgência/emergência ao doente em estado crítico, possibilitando-me numa perspetiva profissional avançada, tomar decisões adequadas e fundamentadas na evidência científica ao interpretar, integrar, transpor e aplicar esses conhecimentos, em situações novas e não familiares, lidar com questões complexas desenvolvendo capacidades de resposta e resolução de problemas e, em simultâneo, refletir sobre as suas implicações éticas e sociais, em contextos alargados e multidisciplinares.

Ao longo desta formação pós-graduada e de autoformação, demonstrei a importância do desenvolvimento de competências especializadas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no sentido em que a sua aquisição me permitirá, no futuro, uma aprendizagem ao longo da vida mais auto-orientada, autónoma, refletida, direcionada para a personalização, segurança na intervenção, melhoria contínua da qualidade e excelência dos cuidados prestados em diversas áreas da prática.



## CONCLUSÃO

O entusiasmo que me impeliu a construir este relatório encontra-se espelhado ao longo desta leitura, com o objetivo de demonstrar as competências comuns e específicas adquiridas no decurso deste percurso formativo, como resultado da aprendizagem teórica obtida em contexto académico, à prática desenvolvida nos diferentes contextos clínicos, acrescida de momentos de reflexão, introspeção e análise crítica, em cada etapa deste curso de mestrado.

O aperfeiçoamento profissional e pessoal, a aprendizagem permanente e a exigência dos contextos, constituem a força motriz que dirigem o enfermeiro a procurar novas fontes de saber, no sentido de melhorar, orientar e suportar cientificamente a sua prática. Assim, (Abreu, 2007), a formação contínua em enfermagem é um catalisador para o desenvolvimento profissional, a reflexão constante e o aprofundamento da consciência crítica e analítica em torno das ações realizadas.

Ao Enfermeiro Especialista compete o aprofundamento de conhecimentos e a aquisição de saberes científicos, técnicos e relacionais especializados numa área específica de enfermagem, possibilitando-lhe um maior entendimento sobre as situações-problema da pessoa e família em situação crítica, para uma intervenção de elevado nível de adequação e eficiência às necessidades de saúde/doença de cada pessoa.

Os cuidados de enfermagem altamente diferenciados à pessoa e família em situação crítica, pela complexidade inerente aos vários campos de atuação, desde a Emergência Pré-Hospitalar, Urgência, aos Cuidados Intensivos, apresentaram-se impregnados de distintas especificidades e envolveram, sobretudo, um contemplar de cariz humanista, holístico e individual, mergulhado numa relação de ajuda, suportada pelo conhecimento científico, aptidão técnica, atitudes e talentos, que potenciaram a aprendizagem experiencial aqui retratada.

Os estágios deram um contributo importante para a aquisição de competências na abordagem especializada à pessoa em situação crítica. Deste modo, face às necessidades de doença súbita/acidental, que apelam a profissionais cada vez mais competentes para prestar cuidados humanizados de forma eficiente, sistematizada, assertiva e de qualidade em situações de urgência/emergência, estes locais formativos, revelaram-se fontes repletas de oportunidades de aprendizagem, possibilitando integrar, mobilizar e aplicar na experiência

prática os conteúdos teóricos apreendidos, ao mesmo tempo, que permitiram conhecer diferentes realidades de intervenção do enfermeiro, intensificar o desenvolvimento de saberes, conhecimentos e capacidades de avaliar, atuar e cuidar nesta área, bem como, gerir diferentes papéis, enquanto, aluna, pessoa e profissional.

Na senda de enfermeira especialista e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, adotei uma atuação diferenciada, orientada por uma matriz de responsabilidade ética, social e deontológica, inerente a um cuidar personalizado de qualidade, baseado em conhecimento científico e num espírito de reflexão crítica e atitude proativa de autoformação permanente.

A elaboração do presente relatório demonstrou ser exigente, uma vez que, durante a explanação das atividades desenvolvidas, esteve implícita uma reflexão aprofundada e suportada em evidência científica. Desta forma, considero que os objetivos pospostos para este relatório de mestrado e durante este ciclo de aprendizagem foram todos alcançados, emergindo de uma premissa de responsabilidade, determinação, empenho e dedicação.

Ao longo deste percurso, a aquisição e o desenvolvimento de competências, direcionadas para o cuidar da pessoa e família em situação crítica, do Socorro Pré-hospitalar ao Hospital, permitiram-me aprimorar o raciocínio crítico para uma prática de cuidados segura, de qualidade e excelência. As dificuldades que destaco cingem-se somente ao esforço físico que me acompanhou durante a frequência do curso de mestrado, em simultâneo, com o exercício profissional.

Esta trajetória formativa, foi um contributo essencial adicionado à minha prática clínica e experiência de vida para, as quais, transporto a mestria de saberes transmitidos, apreendidos e vivenciados em cada momento único desta caminhada. Aspiro no futuro que a aprendizagem seja uma contante ao longo do meu percurso profissional e que esta consolide a humanização dos cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Alves, V. L. S. (2010). Competências essenciais à liderança na enfermagem quanto ao enfoque da gestão das pessoas. In W. Malagutti & K. C. Caetano (Eds). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 75-83). Rio de Janeiro: Rubio.
- Amaral, A. F., Cruz, A., & Oliveira, L. M. (2010). Nota editorial. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Araújo, J. A. & Leitão, E. M. P. (2012). A comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11, (2), 58-62. Consultado a 29 de janeiro de 2017. Disponível em [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=327](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327)
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de catástrofe: Da exemplificação histórica à Iatroética*. Porto: Editora da Universidade do Porto.
- Batuca, A. A. L. R., Coelho, J. C. Q., & Moreira, I. M. P. B. (2003). *Técnicas de urgência*. (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bettinelli, L. A., Rosa, J., & Erdmann, A. L. (2007). Internação em Unidade de Terapia Intensiva: Experiência de familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28, (3), 377-384. Consultado a 29 de janeiro de 2017. Disponível em

<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4688/2595>.

Boffard, K. D. (2010). *Manual de cuidados cirúrgicos definitivos em trauma*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Caldas, A. P. R., Petronilho, C. M. A. G., Petronilho, F. A. S., & Machado, M. M. M. P. (2010). Monitorização hemodinâmica. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 9 – 30). Coimbra: Formasau.

Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, (1), 192-200. Consultado a 16 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf)

Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado a 18 de janeiro de 2017. Disponível em [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014\\_4\\_Cuidados\\_de\\_Emerg%C3%Aancia\\_e\\_Urg%C3%Aancia.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf)

Carbonieri, F. (2015). *AVC para todos*. Academia Médica. Consultado a 06 de janeiro de 2017. Disponível em <https://academiamedica.com.br/avc-para-todos/>

Carpenter, R. & Carpenter, A. H. (2003). O Ambiente dos Cuidados Críticos. In W. J. Phipps, J. K. Sands, J. F. Marek (Eds). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (H. S. Azevedo, L. C. Leal, N. Diogo, A. P. S. S. Espada, Trad.) (6ª ed.) (Vol. I, pp. 637-653). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Medical-Cirurgical Nursing: Medical-Surgical Nursing Concepts & Clinical Practice*, 1999, New York: Mosby).

- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (2ª ed.). Lidel: Lisboa.
- Costa, J. S. (1999). *Método e percepção de cuidar em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto). Consultado em Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10141/7/2645\\_TM\\_01\\_P.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10141/7/2645_TM_01_P.pdf)
- Deodato, S. (2017). *Direito à saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Dias, C. S. (2010). Prevenção da infecção nosocomial: Ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17, (1), 47-53. Consultado a 18 de janeiro de 2017. Disponível em [http://spci.pt/files/2016/03/REV\\_Mar10\\_Volume17N1.pdf](http://spci.pt/files/2016/03/REV_Mar10_Volume17N1.pdf)
- Drennan, J. & Clarke, M. (2009). Coursework master's programmes: the student's experience of research and research supervision. *Studies in Higher Education*, 34, (5), 483–500. Consultado a 16 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://eprints.teachingandlearning.ie/3974/1/Drennan%20and%20Clarke%202009.pdf>
- Eggleston, K. B. (2003). O Ambiente dos cuidados na urgência. In W. J. Phipps, J. K. Sands, J. F. Marek (Eds). *Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica* (H. S. Azevedo, L. C. Leal, N. Diogo, A. P. S. S. Espada, Trad.) (6ª ed.). (Vol. I, pp. p. 617-636). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês medical-Cirurgical Nursing: Medical-Surgical Nursing Concepts & Clinical Practice, 1999, New York: Mosby).
- Elias, A. C. G. P., Matsuo, T., Cardoso, L. T. Q., & Grion, C. M. C. (2006). Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Revista latino-am*

*Enfermagem*, 14, (3), 324-329. Consultado a 18 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a04.pdf>

Elkin, M., Perry, A., & Potter, P. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (A. M. S. Passos, M. A. P. Reina, Trad.) (2ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Nursing Interventions & Clinical Skills*, 2000, New York: Mosby).

Fernandes, O. M. F. S. O. (2004). *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico, no hospital, no curso de licenciatura*. (Tese de doutoramento, Faculdade de psicologia e de ciências da educação, Universidade do Porto, Porto). Consultada em Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22937>

Ferreira, F., Andrade, J., Mesquita, A., Campello, G., Dias, C., & Granja, C. (2008). Sala de emergência - Análise e avaliação de um modelo orgânico funcional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (7-8), 889-900. Consultado a 21 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/958.pdf>

Freitas, P. (2012). PROTOCOLO DE TRIAGEM DE MANCHESTER: A gestão de risco como missão do serviço de urgência. In P. Ponce (Ed.). *Manual de urgências e emergências*. Lisboa: Lidel.

Galinski, M. (2011). *Acute Pain Management in Emergency Medicine*. Centre National de Ressource de lutte contre la Douleur (CNRD), 29, (9). Consultado a 6 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.cnr.fr/IMG/pdf/AcutePainManagement.pdf>

Germano, M. (2014). *Enfermeiros no pré-hospitalar*. Consultado a 18 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://www.forumenfermagem.org/comunicacao/item/4053-enfermeiros-no-pre-hospitalar#.WKC\\_zlXXJjo](http://www.forumenfermagem.org/comunicacao/item/4053-enfermeiros-no-pre-hospitalar#.WKC_zlXXJjo)

- Gonçalves, L. A. (2006). *Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação*. (Dissertação de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo). Consultado em [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-125217/publico/Leilane\\_Andrade\\_Goncalves.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-125217/publico/Leilane_Andrade_Goncalves.pdf)
- Grupo Português de Triage. (2015). *SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER*. GPT. Consultado a 13 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)
- Henriques, C. A. G., Silva, D. R. M. A., & Ferreira, P. A. C. (2012). A comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais Vitais*, (105), 46-54. Consultado a 28 de janeiro de 2017. Disponível em <http://sinaisvitalis.pt/formasau/documents/RSV105/RSV105W2.pdf>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar* (M. I. B. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original francês, *Prendre Soin à l'hospital: Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, 1997, France: Masson).
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar* (M. M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original francês, *La qualité du soin infirmier: Penser et agir dans une perspective soignante*, 1998, France: Masson).
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto com a existência* (I. d'Espiney, L. d'Espiney, O. Ordaz, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original francês, *Soigner – Perséverer ensemble dans l'existence*, 2001, Paris: Seli Arslan).
- Honoré, B. (2013). *O cuidar em perspetiva: No centro de um humanismo humanizante* (A. M. Carvalho, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original francês, *Le soin en perspective: Au coeur d'un humanisme humanisant*, 2009, France: Seli Arslan).

International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. (6ª ed.). Seattle, United States of America: Editores Harold Merskey, Nikolai Bogduk.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2000). *Manual de Viatura Médica de Emergência e Reanimação: VMER*. (2ª ed.). Lisboa: INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ªed.). Lisboa: INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012a). *Manual de Abordagem à Vítima: Manual TAS/TAT*. Lisboa: INEM. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). *SBV: Suporte Básico de Vida*. Lisboa: INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Relatório de uma comissão de serviço*. Lisboa: INEM. Consultado a 16 de janeiro de 2017. Disponível em <http://oldsite.inem.pt/files/2/documentos/20131008142659206345.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2016). *Plano de atividades 2016*. Lisboa: INEM. Consultado a 11 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/05/01-Plano-de-Atividades-2016.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017a). *Meios de emergência: Ambulância de Suporte Imediato de Vida*. Lisboa: INEM. Consultado a 18 de Fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>



- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017b). *Centro de Orientação de Doentes Urgentes*. Lisboa: INEM. Consultado a 19 de Fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.inem.pt/2017/05/26/o-que-e-o-codu/>
- Le Boterf, P. G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Revista Pessoal*, 60- 63. Consultado a 30 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Lima, F. M. R., Pace, A. M. D., Medeiros, V. M. L., & Virgínio, F. V. (2007). *Pneumonia associada à ventilação mecânica: Aspectos gerais*. Consultado a 8 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/respiratoria/ventilacao\\_fabiola.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/respiratoria/ventilacao_fabiola.htm)
- Marote, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26, (4), 373-378. Consultado a 27 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf>
- Martins, A. O. (2014). *Riscos biológicos: Medidas de prevenção e controle no atendimento pré-hospitalar móvel*. (Tese de Pós-graduação, Faculdade Método de São Paulo, São Paulo). Consultado em [https://issuu.com/famesp/docs/riscos\\_biologicos\\_medidas\\_de\\_preven](https://issuu.com/famesp/docs/riscos_biologicos_medidas_de_preven)
- Martins, J. C. A. (2009). Atuação do enfermeiro no sector de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. C. Caetano (Eds). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 175 – 189). Rio de Janeiro: Rubio.
- Marx, L. C. (2009). Sistema primary nursing como fator de humanização para a assistência de enfermagem em centro cirúrgico. In W. Malagutti & K. C. Caetano (Eds).

*Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado* (pp. 161 – 173). Rio de Janeiro: Rubio.

Mateus, B. A. (2007). *Emergência médica pré-hospitalar – Que realidade*. Loures: Lusociência.

Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31, (2), 374-382. Consultado a 27 de janeiro de 2017. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/10909124\\_Nursing\\_Activities\\_Score](https://www.researchgate.net/publication/10909124_Nursing_Activities_Score)

Moore, E. E., Mattox, K. L., & Feliciano, D. V. (2006). *Manual do trauma*. (4ª ed.). Brasil: Artmed.

Nascimento, C. & Ferrão, S. (2016). De mestrando a mestre: Impacto da formação no desenvolvimento profissional percebido pelos enfermeiros. In M. Serra, C. Nascimento, S. Ferrão, M. G. Mestrinho, I. Félix, P. Mègre, V. Lopes., L. Antunes (Ed). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*, (pp. 59 – 110). Loures: Lusodidacta.

Neves, M. C. P. & Osswald, W. (2014). *Bioética Simples*. (2ªed.). Lisboa: Verbo.

Neves, M. C. P. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem: Desafios*. Gráfica de Coimbra: Coimbra.

Novais, S. (2010). Da incerteza...a experiência da família numa unidade de cuidados intensivos. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds.). *Enfermagem em cuidados intensivos*. (pp. 169 – 183). Coimbra: Formasau.

Nunes, F. M., Meira, P. A., Martins, A. G., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. N., ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de trauma para apoio ao curso de abordagem integrada do traumatizado para enfermeiros*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

- Nunes, L. (2008a). Conceptualização da prática clínica: Princípios de fundamentação. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (30), 30 – 31.
- Nunes, L. (2008b). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (31), 33 – 45.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, A. S. S. & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, série III, (9), 115-124. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000100012](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100012)
- Oliveira, M. (2010). Dor nos cuidados intensivos: Monitorização e tratamento. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds). *Enfermagem em cuidados intensivos*. (pp. 123-137). Coimbra: Formasau.
- ONU (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem no pré-hospitalar: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. EP01/07. Lisboa: OE. Consultado a 06 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao17jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008a). *Dor – Guia orientador de boa prática*. Cadernos da OE. série I, (1), 1-55. Consultado a 28 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008b). *PARECER n.º 84 / 2008: Proposta de criação do técnico de emergência pré-hospitalar*. Conselho de Enfermagem. OE. Consultado a 16 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CE-84-2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. OE. Consultado a 06 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. OE. Consultado a 06 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. OE. Consultado a 17 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceepessoasituacaocritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. OE. Consultado a 06 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. OE. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Consultado a 27 de janeiro de 2017. Disponível em [https://spci.pt/files/2016/03/9764\\_miolo1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf)
- Páscoa, A. & Isidoro, F. (2011). Registo informático em enfermagem: O futuro é hoje. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (39), 32-33.
- Pereira, I. P. (2016). O cuidar na idade adulta/vida ativa. *Revista Sinais Vitais*, (121), 36-40.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, (1), 33-37. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (N. Salgueiro, R. P. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original francês *Communication, entretien, relation d'aide et Validation*, 2002, Chenelière: Montréal, Canada).
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, (10), 27-39. Consultado a 30 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>
- Pinheiro, M. F. R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42, (6), 319-331.

- Pires, D. (2009). A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, (5), 739-744. Consultado a 16 de janeiro de 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, (3), 312-318. Consultado a 27 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Porto, V. G. (2007). Catástrofes em Portugal: Comentário final. In L. Sales (Ed). *Psiquiatria de Catástrofe: Memória do Encontro de Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise*. (pp. 171-175). Coimbra: Almedina.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (3 janeiro 2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001: ratifica a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, e o Protocolo Adicional Que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos. Diário da República n.º 2/2001, I-A Série.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2003a). Circular Normativa N.º 9/DGCG. 2003/06/14. A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Consultado a 11 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2003b). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. Consultado a 29 de janeiro de 2017. Disponível em <http://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 março 2006). Decreto-Lei n.º 74/2006: Aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 74/2006, I Série.

PORTUGAL. Assembleia da República. (3 julho 2006). Lei n.º 27/2006: Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República n.º 126, I Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2008a). Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD. 2008/06/18. Programa Nacional de Controlo da Dor. Consultado a 11 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2008b). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (PNCI): Manual de operacionalização. Consultado a 29 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP\\_ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf)

PORTUGAL. Assembleia da República. (14 julho 2009). Lei n.º 33/2009: Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República n.º 134, I série.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 setembro 2009). Lei n.º 111/2009: Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República n.º 180, I série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Circular normativa n.º 07/DQS/DQCO. 2010-03-31. Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Consultado a 16 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887&back=1&id=15887>

PORTUGAL. Hospital da Universidade de Coimbra. *Plano de Emergência Externa: Serviço de Urgência*. (junho de 2010). Acessível no CHUC, Coimbra, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Circular normativa n.º 13/DQS/DSD. 2010-06-14. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Consultado a 16 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsdsd-de-14062010-pdf.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Orientação n.º 008/2011. 2011-03-28. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Consultado a 16 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Emergência Médica – Deliberação n.º 14/2011. 2011/05/11. Direito de acompanhamento dos doentes urgentes e/ou emergentes em ambulância de socorro. Consultado a 15 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://diariobombeiro.blogs.sapo.pt/691538.html>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (3 de novembro de 2011). Despacho n.º 14898/2011: Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM, I. P., que atuam no âmbito do SIEM, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. Diário da República, n.º 211, II série.

PORTUGAL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Emergência Médica. (14 de fevereiro de 2012). Lei n.º 34/2012: Missão e atribuições. Diário da República, n.º 32, I Série.

PORTUGAL. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. *Relatório e contas*. (2013). Acessível no CHUC, Coimbra, Portugal.



PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Norma n.º 029/2012. 2013-10-31. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Consultado a 18 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 agosto 2014). Despacho n.º 10319/2014: Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Diário da República n.º 153, II série.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (22 julho 2015). Despacho n.º 8046/2015: Autoriza o funcionamento do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. Diário da República n.º 141/2015, II Série.

PORTUGAL. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (19 outubro 2015). Despacho Normativo n.º 46/2005, de 19 de Outubro: Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica. Diário da República n.º 201/2005, I série B.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 018/2014. 2014-12-09. Prevenção e Controlo de colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Consultado em 26 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 002/2015. 2015a-10-23. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Consultado em 06 de fevereiro de 2017. Disponível em

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-06032015-pdf.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 021/2015. 2015b-12-16. “Feixes de intervenções” de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação. Consultado a 29 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

PORTUGAL. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. *Relatório anual sobre o acesso aos cuidados de saúde: Ano 2015*. (2016). Acessível no CHUC, Coimbra, Portugal.

PORTUGAL. Saúde. (15 abril 2016). Decreto-Lei n.º 19/2016: Procede à revisão da carreira de técnico de ambulância de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., e cria e define o regime da carreira especial de técnico de emergência pré-hospitalar. Diário da República n.º 74, I Série

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde. Carta dos Direitos dos Doentes Internados (s.d). Consultado a 17 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

PORTUGAL. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. *Serviço de Medicina Intensiva*. (s. d.). Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., & Ferreira, P. J. M. (2008). *Qualidade dos cuidados de saúde*. 1-20. Consultado a 19 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>

Rocha, A. M. & Souza, A. W. (2009). *Utilização da linguagem CIPE pelos estudantes de enfermagem: Vantagens, dificuldades e contributos das aulas teóricas*. (Monografia, Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena). Consultado em

<https://repositoriocientifico.ualantica.pt/bitstream/10884/66/193/Monografia21.pdf>

- Rocha, P. K. R., Prado, M. L., Radünz, V., & Wosny, A. M. (2003). Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56, (6), 695-698. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a22v56n6.pdf>
- Rua, M. S. (2011). *De aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Sade, P. M. C., Peres, A. M., & Wolff, L. D. G. (2014). A Formação das competências gerenciais do enfermeiro: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 8, (6), 1739-45. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4595/9377>
- Sequeira, C. & Coelho, T. (2016). Comunicação terapêutica. In C. Sequeira (Ed). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. (pp. 97-102). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. & Cruz, M. (2016). Comunicação em Grupo. In C. Sequeira (Ed). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. (pp. 38-47). Lisboa: Lidel.
- Serra, A. V. (2007). Catástrofes: As suas repercussões no ser humano. In L. Sales (Ed). *Psiquiatria de Catástrofe: Memória do Encontro de Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise*. (pp. 37-71). Coimbra: Almedina.
- Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro). Consultado em [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD\\_T\\_Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf)

- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competências(s). *Revista de Enfermagem Referência*, série III, (3), 15-23. Consultado a 28 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>
- Silva, A. R. & Lage, M. J. (2010). Prefácio. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Soerensen, A. A. (2008). *Acidentes ocupacionais com ênfase ao risco biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto). Consultado em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-12012009-145948/pt-br.php>
- Sousa, A. T. O., Souza, E. R., & Costa, I. C. P. (2014). Riscos ocupacionais no atendimento pré-hospitalar móvel: Produção científica em periódicos online. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18, (2), 167-174. Consultado a 19 de janeiro de 2017. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15654/12923>
- Teixeira, A. F. J., Franco, A., Castanharo, J., & Oliveira, K. C. S. (2015). Atuação da equipa de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Fabine on-line*, 8 (1), 300-309. Disponível em <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015185545.pdf>
- Teixeira, J. A. C. (2004). *Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 615-620. Consultado a 30 de janeiro de 2017. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>

- Tigulini, R. & Melo, M. R. (2002). *A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico*. Brasil: simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem. Consultado a 29 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200047&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200047&script=sci_arttext)
- Tomás, A. (2009). O Enfermeiro em ambulâncias de suporte imediato de vida – Afirmar a enfermagem no pré-hospitalar. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (32), 59.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e intervenção* (L. Abecasis, F. A. Silva, M. T. Leal, Trad.) (5ª ed.). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Thelan's Critical Care Nursing: diagnosis and management, 2006, New York: Mosby).
- Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem: Análise, problematização e (re)construção*. Lisboa: Climepsi.
- Viana, R. A. P. P. (2011). Competências do enfermeiro na terapia intensiva. In R. A. P. P. Viana & I. W. Whitaker (Eds). *Enfermagem em terapia intensiva: Práticas e vivências*. (pp. 113-120). Brasil: Artmed.
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Zanei, S. S. V. (2011). Cuidados ao paciente com vias aéreas artificiais. In R. A. P. P. Viana & I. W. Whitaker (Eds). *Enfermagem em terapia intensiva: Práticas e vivências*. (pp. 363-372). Brasil: Artmed.